

دانشگاه تهران
دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

گزارش پژوهش
کاربرد خانواده درمانی شناختی رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان
اختلالات روان‌تنی (عضلانی استخوانی)

مجری:
دکتر محمد خدایاری فرد
دانشیار دانشگاه تهران

همکار اصلی:
دکتر خشایار صادقی

همکار:
یاسمین عابدینی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تشکر و قدردانی

خدا را سپاس می‌گوییم که با لطف و رحمت خود هدایت‌گر ما در انجام این پژوهش

بوده است.

لازم است از آقای رامایاسایی که در جمع‌آوری داده‌ها همکاری کرده و از خانم

منیژه پیرجلیان که در تهیه بخشی از پیشینه پژوهش کمک و همکاری کرده‌اند، تشکر و

قدردانی کنیم.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
چکیده	۱
فصل اول: مقدمه	۲
بیان مسئله	۳
اهمیت پژوهش	۵
هدف‌های پژوهش	۶
سئوال‌های پژوهش	۶
تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها و اصطلاحات پژوهش	۶
خانواده درمانی شناختی - رفتاری	۷
اختلالات روان تنی (عضلانی استخوانی)	۸
درمان کایروپراکتیک (تطبیق و تنظیم مفاصل و ستون فقرات)	۸
خلاصه	۹
فصل دوم: پیشینه پژوهش	۱۰
تعریف بیماری‌های روان‌تنی	۱۱
رویکرد تعادل حیاتی	۱۳
هشیار و ناهشیار	۱۴
روان‌شناسی و فیزیولوژی	۱۵
تعریف و طبقه‌بندی اختلالات روان‌تنی	۱۷
ملاک‌های تشخیصی اختلالات روان‌تنی در DSM-IV-TR	۱۹
علل اختلالات روان‌تنی	۲۰
الگوی زیست‌پزشکی	۲۰
تکامل	۲۱
الگوی روان‌پویشی	۲۲
الگوهای شناختی رفتاری	۲۳
شرطی‌سازی	۲۳
شناخت‌ها و اختلال‌های روان‌تنی	۲۳
رویدادهای زندگی	۲۴

۲۴	درمان اختلالات روان‌تنی
۲۵	پسخوراند زیستی
۲۵	هیپنوتیزم
۲۶	کنار آمدن
۲۶	خانواده درمانی
۲۷	درمان‌های شناختی رفتاری
۲۸	خانواده درمانی شناختی رفتاری
۳۴	مقدمه‌ای بر کایروپراکتیک
۳۶	تشخیص کایروپراکتیک
۳۷	تنظیم و تطبیق ستون فقرات در کایروپراکتیک
۳۷	مراقبت از ستون فقرات
۳۸	نتیجه
۳۸	تحقیقات انجام شده در زمینه کایروپراکتیک
۳۹	قابلیت‌های کایروپراکتیک
۴۱	درمان کایروپراکتیک در زمینه درد پشت
۴۶	درمان کایروپراکتیک در زمینه درد گردن
۵۰	مطالعات درمان کایروپراکتیک در زمینه سر درد
۵۴	خلاصه
۵۵	فصل سوم: روش شناختی
۵۶	طرح پژوهش
۵۶	جامعه آماری پژوهش
۵۶	نمونه پژوهش
۵۷	ابزار گردآوری داده‌ها
۵۸	آزمون SCL-90-R
۵۹	ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلالات روان‌تنی
۵۹	تست تشخیص کایروپراکتیک
۶۰	شیوه اجرای ابزارهای پژوهش
۶۰	روش و چگونگی مداخله یا انجام عمل آزمایشی
۶۰	دستورالعمل برنامه آموزشی - درمانی شناختی - رفتاری در جلسات خانوادگی

جلسه اول: ایجاد ارتباط اولیه، بیان اهداف، روش کار و بررسی مشکلات موجود در بین اعضای خانواده، تعامل و تعیین هدف.	۶۰
جلسه دوم: بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم (عوامل جسمانی، روانی _ اجتماعی و معنوی)، عزت نفس و احترام به خود و بحث گروهی.....	۶۲
جلسه سوم: آموزش مهارت تحلیل رفتار (A-B-C)، بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی....	۶۷
جلسه چهارم: آموزش حل مسئله، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.....	۶۸
جلسه پنجم: آموزش مهارت مقابله با استرس، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.	۷۰
جلسه ششم: آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی و مهارت‌های اجتماعی مطلوب، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.....	۷۲
جلسه هفتم: ارتقای مهارت اجتماعی قاطعیت (جرأت‌ورزی).....	۷۴
جلسه هشتم: آموزش مثبت‌نگری و کشف نقاط قوت، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی... ..	۷۶
جلسه نهم: بازسازی شناختی از طریق جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.....	۷۸
جلسه دهم: اصلاح تحریف‌های شناختی و تکنیک‌های شناختی کنترل خود، بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی.....	۸۳
جلسه یازدهم: آموزش مهارت کنترل خشم.....	۸۶
جلسه دوازدهم: آموزش مهارت‌های کنترل خود و هوشیاری، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.....	۹۲
جلسه سیزدهم: آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.....	۹۵
جلسه چهاردهم: آموزش ایمن سازی در برابر استرس، بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی ۹۷	۹۷
جلسه پانزدهم: پیگیری مداخلات صورت گرفته و پرسش و پاسخ اعضای خانواده و درمانگر و بحث گروهی.....	۱۰۱
جلسه شانزدهم: جمع بندی بازخوردها و بیان احساسات و بحث اختتامیه.....	۱۰۱
روش تحلیل داده‌ها.....	۱۰۲
خلاصه فصل.....	۱۰۲
فصل چهارم: یافته‌های پژوهش.....	۱۰۳
خلاصه.....	۱۲۳
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری.....	۱۲۴
محدودیت‌های پژوهش.....	۱۲۷

۱۲۷ کاربردهای پژوهش
۱۲۸ پیشنهادات
۱۲۸ خلاصه
۱۲۹ فهرست منابع

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۳۰	نمودار ۱-۲ رشد و تحول طرحواره‌های خانوادگی، برگرفته از داتلیو، ۲۰۰۳
۱۰۵	نمودار ۱. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)
۱۰۵	نمودار ۲. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)
۱۰۶	نمودار ۳. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)
۱۰۶	نمودار ۴. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)
۱۰۷	نمودار ۵. نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)
۱۰۷	نمودار ۶. نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)
۱۰۸	نمودار ۷. نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)
۱۰۹	نمودار ۸. نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)
۱۱۰	نمودار ۹. نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)
۱۱۰	نمودار ۱۰. نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)
۱۱۱	نمودار ۱۱. نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)
۱۱۱	نمودار ۱۲. نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)
۱۱۲	نمودار ۱۳. نیمرخ روانی آزمودنی چهارم در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)
۱۱۳	نمودار ۱۴. نیمرخ روانی آزمودنی چهارم در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)
۱۱۴	نمودار ۱۵. نیمرخ روانی آزمودنی چهارم در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)
۱۱۴	نمودار ۱۶. نیمرخ روانی آزمودنی چهارم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)
۱۱۵	نمودار ۱۷. نیمرخ روانی آزمودنی پنجم در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)
۱۱۶	نمودار ۱۸. نیمرخ روانی آزمودنی پنجم در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)
۱۱۷	نمودار ۱۹. نیمرخ روانی آزمودنی پنجم در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)
۱۱۷	نمودار ۲۰. نیمرخ روانی آزمودنی پنجم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)
۱۱۸	نمودار ۲۱. نیمرخ روانی آزمودنی ششم در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)
۱۱۸	نمودار ۲۲. نیمرخ روانی آزمودنی ششم در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)
۱۱۹	نمودار ۲۳. نیمرخ روانی آزمودنی ششم در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)
۱۲۰	نمودار ۲۴. نیمرخ روانی آزمودنی ششم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)
۱۲۱	نمودار ۲۵. نیمرخ روانی آزمودنی هفتم در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)
۱۲۱	نمودار ۲۶. نیمرخ روانی آزمودنی هفتم در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)
۱۲۲	نمودار ۲۷. نیمرخ روانی آزمودنی هفتم در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)
۱۲۲	نمودار ۲۸. نیمرخ روانی آزمودنی هفتم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)

چکیده

با استفاده از یک طرح تک آزمودنی از نوع طرح AB و با هدف بررسی کارایی مداخلات خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک در درمان اختلال عضلانی استخوانی تعداد ۱۰ نفر (۶ زن و ۴ مرد) از افراد مبتلا به اختلال روان‌تنی عضلانی استخوانی (کمر درد و گردن درد) که به یک مرکز خصوصی درمان کایروپراکتیک رجوع کرده بودند انتخاب و سپس به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند، ۵ نفر در گروه خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک (درمان ترکیبی) و ۵ نفر دیگر در گروه خانواده درمانی شناختی - رفتاری (درمان انفرادی). ابزارهای مورد استفاده برای ارزیابی اختلالات روان‌تنی و اختلالات روانی آزمودنی‌ها شامل معاینه پزشک کایروپراکتر، عکس‌برداری با اشعه ایکس، مصاحبه بالینی روان‌درمانگر براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR و آزمون‌های MMPI و SCL-90-R بود. نتایج نشانگر کارایی بالای هر دو روش درمان ترکیبی و درمان انفرادی بود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر حجم نمونه کوچک و نداشتن گروه کنترل است. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی کارایی سایر روش‌های درمانی بررسی و با یکدیگر مقایسه گردد.

کلید واژه‌ها: اختلالات روان‌تنی، اختلالات عضلانی استخوانی، طرح تک آزمودنی، طرح AB، خانواده درمانی، شناخت - رفتار درمانی، درمان کایروپراکتیک.

فصل اول :

مقدمه

بیان مسئله

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

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

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

^۱ Psychosomatic

^۲ Knapp

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

^۴ Wolman

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

چهار نظریه مهم در رابطه با سبب‌شناسی اختلالات روان‌تنی وجود دارد. این نظریه‌ها عبارتند از زیست‌پزشکی، روان‌پویشی، رفتاری و شناختی. در الگوی زیست‌پزشکی بر آسیب‌پذیری ارثی افراد به عنوان زیربنای بیماری‌های روان‌تنی اشاره شده است. در الگوی روان‌پویشی اعتقاد بر این است که فردی که از نظر ژنتیکی در اندام و عضو خاصی آسیب‌پذیر است و تعارضات روان‌پویشی بخصوصی دارد زمانی که استرس‌های زندگی تعارضات او را برانگیخته می‌کند، قادر نیست در برابر این تعارضات از خود دفاع کند در نتیجه به بیماری آن اندام مبتلا می‌شود. در نظریه‌های رفتاری و شناختی اعتقاد بر این است که یادگیری یا شناخت موجب اختلالات روانی می‌شوند. با توجه به نقش عوامل مختلف ژنتیکی، محیطی، شناختی و زیست‌شیمیایی در ایجاد بیماری‌های روان‌تنی، درمان این اختلالات مستلزم همکاری همزمان چندین رشته تخصصی است. در حال حاضر برای درمان اختلالات روان‌تنی چندین رویکرد و دیدگاه وجود دارد که عبارتند از رویکردهای دارویی، فیزیولوژیکی، روان‌کاوی، رفتاری، شناختی و شناختی - رفتاری. تعیین این که کدام رویکرد بیشترین کارایی را دارد به آسانی میسر نیست اگرچه نتایج تحقیقات نشان دهنده تأثیر و کارایی شیوه درمانی کایروپراکتیک^۱ (تطبیق و تنظیم مفاصل و ستون فقرات) در درمان اختلالات روان‌تنی مرتبط با ستون فقرات، مفاصل و عضلات است (وودهام^۲، ۲۰۰۰)، اما با توجه به این که در حال حاضر تأکید آشکار پزشکی روان‌تنی بر تعامل عوامل عضوی و روان‌شناختی است (لیپوسکی^۳، ۱۹۸۵). در واقع هدف اصلی درمان اختلالات روان‌تنی مانند درمان سایر اختلالات روانی نه تنها از بین بردن علایم روان‌تنی است بلکه پیشگیری از عود مجدد آنها است، لذا توجه به علل روان‌شناختی زیربنایی آن از اهداف مهم درمانی برای این اختلال است. از این رو اخیراً متخصصان حوزه بالینی علاقمند به بکارگیری روش‌های مختلف روان‌درمانی از جمله شناخت - رفتار درمانی در درمان اختلالات روان‌تنی شده‌اند (کازدین و ویس^۴، ۱۹۹۸) و کارایی فنون شناختی - رفتاری را در درمان اختلالات عضلانی استخوانی مورد بررسی قرار داده‌اند (جانسون و داهل^۵، ۱۹۹۸). براین اساس هدف اصلی پژوهش حاضر مطالعه

1. chiropractic

2. Woodham

3. Lipowski

4. Kazdin & Weisz

5. Johnson & Dahl

کارایی خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان اختلالات روان‌تنی از جمله اختلالات عضلانی استخوانی است.

اهمیت پژوهش

تجارب فشارآور، حالات عمیق تنش و اضطراب، ناکامی‌های شدید، افسردگی مزمن، بی‌خوابی‌های مداوم، واکنش سوگ و داغیدگی و سایر حالات عاطفی منفی می‌تواند سبب کاهش موقت و دائم پاسخ‌دهی سیستم ایمنی شود و موجود زنده را به ورطه بیماری بکشاند (لیپووسکی، ۱۹۸۵) و نقص یا بدکارکردی سیستم ایمنی می‌تواند اختلالات جسمی یا روان‌تنی گوناگونی ایجاد نماید. به علاوه مراقبت‌های ناکافی از لیمفوسیت‌های دفاع ایمنی بدن، گسترش دامنه‌ی علایم روان‌تنی را وسعت می‌بخشد. از آنجا که اختلالات روان‌تنی، اختلالاتی هستند که عوامل عاطفی و هیجانی نقش اساسی در علت‌شناسی آنها بازی می‌کنند و با توجه به این‌که اختلالات روان‌تنی در ارتباط با دستگاه عصبی خودکار بوده و این دستگاه در تمام نقاط بدن پراکنده است، بنابراین اختلالات روان‌تنی می‌توانند تمام اندام‌ها و دستگاه‌های بدن را فراگیرند، از جمله معده، روده، قلب، عروق، ریه، عضلات، استخوان‌ها، پوست و اندام‌های تناسلی و موجب بیماری‌های مختلف جنسی، قلبی، عروقی، آسم، فشار خون، معده و روده و عضلانی استخوانی شوند (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۲). لذا ارائه شیوه‌های درمانی کارآمد برای درمان اختلالات روان‌تنی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، بخصوص که تمام اقلشار جامعه در سنین مختلف نسبت به ابتلا به این اختلالات آسیب‌پذیر هستند. از طرفی با توجه به این‌که نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که اگرچه درمان‌های فیزیولوژیکی نظیر کایروپراکتیک (ماساژ درمانی) و فیزیوتراپی در کاهش و کنترل دردهای عضلانی استخوانی نقش دارند، اما با قطع شدن این درمان‌ها، احتمال عودت اختلال بسیار زیاد است (وتنر^۱، ۱۹۷۷)، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی نظیر شناخت - رفتار درمانگری به همراه درمان کایروپراکتیک می‌تواند به از بین بردن علل روان‌شناختی زیربنایی این اختلالات و حل تعارضات روانی زمینه‌ساز آنها کمک شایانی نماید. به‌ویژه با توجه به این‌که عوامل فشارزا و استرس‌های زندگی نقش زیادی در بروز این اختلالات بر عهده دارند و با تأکید بر این‌که بسیاری از این عوامل فشارزا و استرس‌ها مربوط به خانواده بوده و خانواده می‌تواند با استفاده از آموزش الگوهای صحیح تقویت رفتار، افکار و باورهای منطقی و شناخت الگوهای باور، انتظارات و تعاملات منفی و جایگزین کردن آنها با الگوهای مثبت تعاملات نقش اساسی در برقراری روابط عاطفی سالم و در نتیجه سلامت جسمانی و روانی افراد خود داشته

^۱. Wetner

باشد، تحقیق در زمینه کارایی روشن خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می‌تواند به محققین، صاحب‌نظران، روان‌شناسان بالینی، مشاوران و کلیه دست‌اندرکاران حوزه سلامت روان کمک نماید.

هدف‌های پژوهش

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان اختلالات روان‌تنی از جمله دردهای عضلانی استخوانی است و سایر هدف‌های آن به شرح زیر است:

۱. بررسی کارایی خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلالات روان‌تنی (عضلانی استخوانی).
۲. بررسی کارایی خانواده درمانی شناختی - رفتاری به همراه درمان کایروپراکتیک در درمان اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی).

سئوال‌های پژوهش

۱. آیا خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک در درمان اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی) کارایی دارد؟
۲. آیا خانواده درمانی شناختی رفتاری به تنهایی در درمان اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی) کارایی دارد؟

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها و اصطلاحات پژوهش

الف) معرفی متغیرها

متغیر مستقل: خانواده درمانی شناختی - رفتاری

متغیر وابسته: اختلالات روان‌تنی (عضلانی استخوانی)

متغیر تعدیل کننده: درمان کایروپراکتیک (تطبیق و تنظیم مفاصل و ستون فقرات)

ب) تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

خانواده درمانی شناختی - رفتاری

رویکرد شناختی - رفتاری به خانواده درمانی بر این باور است که افراد یک خانواده هم از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند و هم بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند (داتیلیو^۱، a ۲۰۰۱، به نقل از لیهی^۲، ۲۰۰۳). در نتیجه رفتار یکی از افراد خانواده رفتارها، شناخت‌ها و هیجانات سایر افراد خانواده را تحت تأثیر قرار داده و این به نوبه خود یک مجموعه کامل از شناخت‌ها، رفتارها و هیجانات را به صورت پاسخ ایجاد می‌کند. به موازات این‌که این چرخه پیش می‌رود بی‌ثباتی و ناپایداری در پویایی‌های خانوادگی می‌تواند باعث افزایش آسیب‌پذیری افراد خانواده نسبت به تعارضات و ایجاد تعاملات منفی گردد. در خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بسیاری از راهبردهای شناختی رفتاری به کار برده می‌شوند و اساساً بر دو مورد تأکید می‌گردد:

۱. تبیین انتظارات اعضای خانواده از یکدیگر و چگونگی تأثیر آنها بر تعامل بین اعضای خانواده
۲. بهره‌گیری از روش‌هایی که موجب افزایش توانایی‌های افراد خانواده برای انطباق با بحران‌ها، تغییرات و وقایع غیرمنتظره می‌شود (سیموس^۳، ۲۰۰۲).

در پژوهش حاضر خانواده درمانی شناختی - رفتاری با استفاده از آموزش فنونی نظیر مهارت‌های برقراری ارتباط^۴، حل مسئله^۵، مقابله کارآمد^۶، تنش‌زدایی^۷، مثبت‌نگری^۸ و بازسازی شناختی^۹ به افراد خانواده در جلسات خانواده درمانی توسط روان‌درمانگر صورت گرفته است.

از آن‌جا که تفکر اعضای خانواده و محتوی ادراک آنان بر کیفیت و شدت مشکلات هیجانی در خانواده تأثیر می‌گذارد. درمانگر طی جلسات روان‌درمانی خانوادگی تلاش کرده است که ضمن شناخت الگوهای تعاملی نامناسب و منفی خانواده، با استفاده از فنون فوق این تعاملات را با الگوهای تعاملات مثبت و مطلوب خانوادگی جایگزین کند. دستورالعمل کامل بکارگیری فنون فوق در جلسات خانواده درمانی در فصل سوم ارائه خواهد شد.

¹. Dattilio
². Leahy
³. Simos
⁴. communication
⁵. problem - solving
⁶. effective coping
⁷. relaxation
⁸. positive thinking
⁹. cognitive restruction

اختلالات روان‌تنی (عضلانی استخوانی)

اختلالات عضلانی استخوانی که از نوع اختلالات روان‌تنی هستند شامل روماتیسم مفصلی، کمردرد، سردردهای میگرنی و تنشی هستند.

به طور کلی اختلالات روان‌تنی بیماری‌های جسمی و بدنی هستند و شامل کلیه مشکلاتی می‌گردد که جنبه فیزیکی و روان‌شناختی داشته باشند. این اختلالات ناشی از عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی هستند (واکر و روبرتس^۱، ۲۰۰۱) و شامل بیماری‌های ریوی (آسم)، معدی - روده‌ای، قلبی - عروقی، پوستی، سرطانی، جنسی، عضلانی استخوانی و عفونی هستند (ولمن، ۱۹۸۸).

اختلالات روان‌تنی عضلانی استخوانی شامل روماتیسم مفصلی، کمردرد، سردردهای میگرنی و تنشی هستند و در پژوهش حاضر با استفاده از مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس، تشخیص روان‌پزشک و پزشک کایروپراکتر، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس جسمانی کردن و شکایات جسمانی آزمون‌های MMPI^۲ و SCL-90-R مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفته است.

درمان کایروپراکتیک (تطبیق و تنظیم مفاصل و ستون فقرات)^۳

شیوه درمان کایروپراکتیک به دنبال تشخیص و درمان اختلالات ستون فقرات، مفاصل و عضلات توسط تکنیک‌های تنظیم، حفظ و نگهداری سلامتی ارگان‌ها و سیستم عصبی مرکزی است که آخرین تحقیقات حاکی از کمک به سزای آن در سلامتی عمومی بدن است (وودهام، ۲۰۰۰).

کایروپراکتیک یا تطبیق و تنظیم مفاصل و ستون فقرات یعنی درمان مؤثر دردهای عضلانی استخوانی به وسیله دست و بدون استفاده از داروها و مواد شیمیایی، بلکه از طریق تنظیم ستون مهره‌ها و سایر مفاصل بدن که عملکرد درستی ندارند.

همه کایروپراکترها مراحل استاندارد معاینه برای تشخیص وضعیت بیماران را برای معالجه به کار می‌برند و با به کار بردن ماساژی که توجه خاصی بر نخاع و سیستم عصبی دارد، از میزان تحریکات ریشه‌های تارهای عصبی می‌کاهند و آنها را به حداقل می‌رسانند، در نتیجه باعث می‌شوند که بدن مفیدتر و راحت‌تر عمل کند. در واقع کایروپراکتیک به عنوان حرفه‌ای که به تنهایی برای معالجه و درمان دردهای مفصلی و ماهیچه‌ای استفاده می‌شود، شهرت دارد (کیتینگ^۴، ۱۹۹۹).

^۱ Walker & Roberts

^۲ Minnesota Multiphasic Personality Inventory

^۳ adjustment

^۴ Keating

در پژوهش حاضر درمان کایروپراکتیک بر روی آزمودنی‌ها توسط یک پزشک کایروپراکتر در یک مرکز خصوصی کایروپراکتیک صورت گرفته است.

خلاصه

در ابتدای فصل گفتیم که اختلالات روان‌تنی بیماری‌های جسمی هستند و عبارتند از اختلالات فیزیوشیمیایی، آناتومیک یا فیزیولوژیک موجودات زنده. انواع این اختلالات شامل آسم، زخم معده، فشار خون، دردهای عضلانی استخوانی، سردرد، اختلال‌های جنسی، روماتیسم و غیره هستند. عوامل مختلف ژنتیکی، محیطی، شناختی و زیست‌شیمیایی در ایجاد بیماری‌های روان‌تنی نقش دارند. درمان این اختلالات مستلزم همکاری رشته‌های تخصصی مختلف از جمله پزشکی، روان‌پزشکی، روان‌شناسی و مشاوره است و رویکردهای مؤثر روان‌درمانی مرتبط با اختلالات روان‌تنی شامل دارودرمانی، روان‌پویشی، رفتار درمانی، شناخت درمانی و شناخت - رفتار درمانی است. درمان کایروپراکتیک یکی از شیوه‌های درمانی است که سعی در تشخیص و درمان اختلالات ستون فقرات، مفاصل و عضلات دارد و با به کار بردن ماساژی که توجه خاصی بر نخاع و سیستم عصبی دارد از میزان تحریکات ریشه‌های تارهای عصبی می‌کاهد و نتایج آخرین تحقیقات حاکی از کمک به‌سزای آن در سلامتی عمومی بدن است. همچنین نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلالات روان‌تنی کارایی زیادی دارد. در ادامه فصل نیز ضمن اشاره به اهمیت پژوهش، هدف‌ها، سؤال‌ها و متغیرهای پژوهش مطرح شده و تعریف عملیاتی و مفهومی متغیرهای پژوهش ارائه گردید.

فصل دوم :

پیشینه پژوهش

اگرچه از دیرباز از نقطه نظر فلسفی این سؤال مطرح بوده و هست که ارجحیت با "روان" است یا با "جسم و تن" و اگرچه هنوز نظریه‌پردازان بر سر حل و فصل این مسئله به توافقی نرسیده‌اند، با این حال امروزه غالب دست‌اندرکاران فعالیت‌های علمی برآنند که آدمی یک واحد "روانی، اجتماعی، جسمانی" است و لازم است برای شناخت او یک کل یکپارچه را در نظرآورد که در آن این سه بُعد یاد شده اثرات مداوم و متقابلی بر هم دارند.

رابطه ذهن و بدن یک رابطه دوطرفه است. اضطراب، ترس، خشم و سایر حالات هیجانی می‌تواند باعث تغییرات فیزیولوژیکی مثل گریه، افزایش ضربان قلب و اسهال شود. وقتی این تغییرات روی سلامت انسان تأثیر می‌گذارند، در قلمرو طب روان‌تنی جا می‌گیرند. از سوی دیگر مصرف الکل و سایر مواد ممکن است روی فرایندهای روان‌شناختی مثل تفکر و خلق تأثیر بگذارد. وقتی مصرف مواد دارویی مفید است، این مواد در زمره داروشناسی روانی قرار می‌گیرند و موادی که مضر هستند و تأثیر سوء روی بهداشت روانی انسان دارند در طبقه اعتیاد و سوء مصرف دارویی مطرح می‌شوند. همه این مسایل جسمی روانی هستند و در حیطه پزشکی روان‌تنی یا "سایکوسوماتیک" قرار می‌گیرند که در چهار دهه گذشته جایگاه خاص و مستقلی را در بین رشته‌های تخصصی پزشکی برای خود باز کرده است.

تعریف بیماری‌های روان‌تنی

اختلالات روان‌تنی^۱، بیماری‌های جسمی و بدنی هستند مثل آسم، زخم معده، فشار خون، سر درد و کمر درد و عبارتند از اختلالات فیزیوشیمیایی، آناتومیک یا فیزیولوژیک موجودات زنده. این اختلالات معلول وجود مشکلات روانی هستند یا این‌که حداقل تحت تأثیر عوامل و فشارزاهای روانی تشدید می‌شوند. اصطلاح "روان‌تنی" نسبتاً مهم است، زیرا معمولاً عوامل روان‌شناختی خاصی در سبب‌شناسی بسیاری از بیماری‌های غیر روان‌تنی و درمان بیماران صرف نظر از ماهیت بیماری وجود داشته است (ناپ، ۱۹۸۵).

حداقل سه رویکرد متفاوت در حوزه اختلالات روان‌تنی وجود دارد. می‌توان اختلالات روان‌تنی را (۱) نظریه روابط جسم - ذهن^۲؛ (۲) نظریه‌ای در مورد بیماری‌های خاص؛ و (۳) یک روش درمانی که دربرگیرنده تدابیر طبی و روان‌شناختی است، دانست.

لیپوسکی (۱۹۸۵) بر این امر تأکید کرده است که باید بین اختلالات روان‌تنی به عنوان یک علم و اختلالات روان‌تنی به عنوان رویکردی به حرفه پزشکی و فعالیت‌های مشاوره‌ای و روان‌درمانی

^۱. psychosomatic disorders

^۲. body - mind

تمیز قابل شد. علم روان‌تنی به بررسی رابطه میان پدیده‌های روان‌شناختی و زیستی در انسان می‌پردازد، در صورتی که حرفه پزشکی و فعالیت‌های مشاوره بهداشتی متفاوت بوده و الزاماً یک حوزه جهت‌دار نظری نیست. او بر نقش "روان‌پزشکی - ارتباط"^۱ به عنوان شاخه‌ای ویژه در روان‌پزشکی تأکید می‌کند که به تشخیص، درمان و پیشگیری از جنبه‌های روان‌پزشکی امراض جسمی می‌پردازد، گرینکر و رابینز^۲ (۱۹۵۳، به نقل از ولمن، ۱۹۸۸) اختلالات روان‌تنی را رویکردی در فهم روابط تعریف کرده‌اند و نه الزاماً نظریه‌ای فیزیولوژیک یا روان‌شناختی جدید و یا رویکردی جدید در درمان امراض.

پزشکی روان‌تنی اغلب به خاطر پاسخ ندادن به این سؤال که "چگونه ممکن است «تجارب اجتماعی یا تعارضات روان‌شناختی و هیجانانگیز ایجاد شده بتواند به حالتی از فیزیولوژی جسمی بدل شود که در نهایت به بیماری می‌انجامد؟»، مورد انتقاد واقع شده است. "آیا مغز تجارب روان‌شناختی را به یک تجربه فیزیولوژیک تبدیل می‌کند؟ یا به قول پاولف^۳ (۱۹۲۸) چگونه اضطراب یا افسردگی غیرمادی و روانی منجر به ایجاد پدیده فیزیولوژیک و مادی در دستگاه‌های معده‌ای - روده‌ای یا قلبی - عروقی می‌شود؟

یکی از دلایل عمده ناتوانی در حل این مسئله آن است که تنها یک فرضیه داشته‌ایم مبنی بر این که پاسخ هیجانی واسطه بین فشار روانی و پاسخ‌های فیزیولوژیک بوده است. هرچند که مسئله به این خاطر که نمی‌دانیم چگونه تکانش‌های بخش سمپاتیک^۴ یا مسیرهای آورنده پاراسمپاتیک^۵ قابل ادراک می‌شوند و معنی هوشیاری پیدا می‌کنند، پیچیده‌تر می‌گردد. از این رو بعضی از صاحب‌نظران بعدها اظهار کردند که طب روان‌تنی به آن دسته از عوامل اجتماعی و روانی - زیستی تلقی می‌شود که پیش از بیماری وجود داشته یا با شروع آن در ارتباط است و با آسیب‌شناسی فیزیولوژیکی و آناتومی سلول‌ها و اندام‌های بیمار و یا دستگاه‌های جسمانی بعد از شروع بیماری ربطی ندارد. با این همه حتی اگر این ادعا اغراق‌آمیز باشد، به خاطر تأثیر و معنای بیمار یا مریض بودن روی فرد، خانواده و آشنایان آنها مورد توجه عمده و اساسی علاقمندان رویکرد روان‌تنی قرار گرفته است. به طور خلاصه، این دیدگاه افرادی است که با توسل به این رویکرد معتقدند عوامل اجتماعی روان‌شناختی در زمینه‌سازی، شروع پاسخ و تداوم و حفظ همه بیماری‌ها نقش دارد (واینر^۶، ۱۹۸۰).

^۱ liason - psychiatry

^۲ Grinker & Robbins

^۳ Pavlov

^۴ sympathetic

^۵ parasympathic

^۶ Weiner

رویکرد تعادل حیاتی

پژوهشگران متعددی در زمینه اختلالات روان‌تنی از نظریه عمومی سیستم‌ها و مفاهیم خود نظم‌بخشی سیرنتیک^۱ و بازخورد بهره‌جسته‌اند (انجل، ۱۹۸۰ و هافر، ۱۹۸۴؛ به نقل از ولمن، ۱۹۸۸). آنها تا حدودی از اصول تعادل حیاتی پیروی کرده‌اند. مفاهیم کنونی سیستم‌های تعادل حیاتی تا حد زیادی با نظریه اولیه برنارد^۲ (۱۹۷۸، به نقل از واینر، ۱۹۸۰) از تعادل حیاتی تفاوت دارد.

آنها با این توصیف که ترکیب محیط درونی تنها تا حدودی توسط فرایندهای تنظیمی درون سلول یا واحدهای کوچکتر سلولی تعیین می‌شود، هم‌عقیده‌اند. محیط بیرونی فرد نیز نقش برجسته‌ای در حفظ سیستم فیزیولوژیک تعادل حیاتی ایفا می‌کند. هر نقطه‌ای از این سیستم از اجتماع گرفته تا سطح سلولی می‌تواند دچار اختلال و آشفتگی شده و سبب تغییر فیزیولوژیکی گردد که به نوبه خود می‌تواند در آمادگی فرد برای ابتلا به بیماری سهمیم باشد. بعضی از بیماری‌های روان‌تنی از جمله فشار خون مادرزادی، آسم برونشی و بیماری‌های زخم معده جزو اختلالات فرایندهای تنظیمی هستند.

بی‌شک تعامل کودک با مادر یا دیگر روابط اجتماعی و سیستم تنظیم بین فردی بر کنش خود نظم‌بخشی فرد تأثیر می‌گذارد. شکل‌گیری تعلق و وابستگی میان مادر و نوزاد و تجربه سطوح تحمل جدایی، انتقال تدریجی از فرایندهای تنظیمی تعاملی که از راه‌های حسی - حرکتی استفاده می‌کنند را به سوی تعاملات تنظیمی که اساساً روان‌شناختی هستند، میسر می‌سازد.

بعضی افراد از دست‌یابی به سطوح معمولی و مناسب خود نظم‌بخشی ناتوان هستند. آنها مانند کودکان به طور افراط‌آمیزی به منظور حفظ تعادل روانی - زیستی همچنان به اشخاص دیگر متکی می‌مانند. این‌گونه وقفه رشدی با مشاهدات الکساندر^۳ (۱۹۵۰، به نقل از ولمن، ۱۹۸۸) هماهنگ است که معتقد است افراد مستعد به ابتلا به بیماری‌های روان‌تنی شخصیت بسیار وابسته‌ای دارند. البته این وابستگی را صرفاً نمی‌توان به ناکامی‌های مکرر غریزی در مرحله دهانی^۴ اوایل زندگی نسبت داد. افراد وابسته در ابتدایی‌ترین روابط موضوعی^۵ دارای کاستی‌ها و نقایصی هستند، دنیای درونی آنها به قدر کافی حاوی عملکردهای سالم از خویشتن مستقل که به طور طبیعی باید جانشین مادر یا حامی بیرونی بشود و ارائه واکنش‌های خودتنظیمی را ممکن سازد نیست. بسیاری از این افراد برای جبران این امر وابستگی انگلی نسبت به مادر پیدا می‌کنند و یا در عوض وارد یک رابطه انگلی خود شی‌انگاری با یک فرد مهم می‌شوند و طبق الگوی پیشنهادی هافر (۱۹۸۴، به نقل از ولمن، ۱۹۸۸) به

1. cybernetic

2. Bernard

3. Alexander

4. oral stage

5. object relation

علت کناره‌جویی از تنظیم‌کننده‌های خاص حسی - حرکتی که این رابطه در بسیاری از تعاملات پیچیده پوشیده است، آنها بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری جسمی متعاقب جدایی و از دست دادن موضوع مورد علاقه قرار دارند.

هشیار و ناهشیار

نظریه‌پردازان و دست‌اندرکاران اولیه پزشکی روان‌تنی علاقه‌ای به چگونگی و چرایی اختلالات روان‌تنی نداشتند. فروید (۱۹۳۳) تنها به دانستن این مطلب بسنده کرد که میان سطوح هشیار و ناهشیار و کنش‌های بدنی رابطه‌ای وجود دارد. برای مثال، برای وی همین کافی بود که مشاهده کند بین هیجان و سرخ شدن صورت رابطه‌ای هست. هر چند امروزه پزشکان علاوه بر این که در پی یافتن الگوهای ذهنی خاصی هستند که باعث سرخ شدن صورت می‌شوند، به دنبال آن نیز هستند که چگونه این امر از طریق رگهای خونی صورت می‌پذیرد.

طی سالیان دراز نوع بیماری‌های روان‌تنی نیز تغییر یافته است. امروزه کمترین کسی می‌تواند یک مورد کلاسیک از اختلال هیستری پیدا کند، این بیماری در الگوهای جدید نوع نباتی متجلی شده است. یک بیماری از نوع نباتی (مانند اگزما) از این جهت بیماری روان‌تنی تلقی می‌شود که به طور همزمان با تعارضات روانی آغاز گشته و با حل این تعارضات پایان می‌پذیرد. طب کلاسیک در مواجهه با چنین اختلالات نباتی، حرفی برای گفتن ندارد و اکثر اوقات در جهت درمان علایم جسمانی تلاش می‌کند، در حالی که علل روان‌شناختی آن را نادیده می‌گیرد.

روابط موجود میان وضعیت روانی و سلامت جسمانی می‌تواند در هر دو سطح هشیار و ناهشیار صورت گیرد. اغلب بین سطوح هشیار و ناهشیار جابه‌جا شده یا در میان دو سطح یعنی در نیمه هشیار قرار می‌گیرد (ولمن، ۱۹۸۶). بعضی از پدیده‌های روان‌تنی از توالی واکنش‌های هیجانی منشاء می‌گیرد. به ریشه اگزما در کودکی که از فقدان محبت مادری رنج می‌برد توجه کنید: محبت مادری مضایقه شده است، کودک به دنبال ارضای خویش است، نوازش کردن ارضاء کننده است، خاراندن نیز خود نوعی نوازش است، این امر به احساس خارش منتهی می‌شود و در نهایت ضایعه پوستی می‌انجامد (شیفر، ۱۹۶۶؛ به نقل از ولمن، ۱۹۸۸)، سایر پدیده‌های روان‌تنی چنین سازمان آشکار و متوالی ندارند.

شیفر (۱۹۶۶؛ به نقل از ولمن، ۱۹۸۸) می‌گوید به هر حال آنچه می‌دانیم این است که دو رویداد روحی و جسمی در واحدی منفرد، یعنی انسان قابل تمایز نیست و نمی‌توان آنها را به دو نیمه جسمی و روانی تقسیم کرد. هر دو سطح هشیار و ناهشیار بر جسم تأثیر می‌گذارد. به علاوه، رویدادهای جسمی اساساً متأثر از هیجانات هستند که هم روانی است و هم جسمی، جدایی ذهن و

بدن یک انتزاع روش شناختی است نه واقعی. بنابر اظهار او برای ارزیابی و درمان اختلالات روان تنی باید این دو مفهوم به یکدیگر پیوند داده شود.

آلمن^۱ (۱۹۸۶؛ به نقل از ولمن، ۱۹۸۸) در اشاره به فرایندهای ناهشیار اختلالات روان تنی از این نیز فراتر رفته و پدیده‌های روان تنی را تصویر تمام نمای جسمی پیام‌های انتقالی ذهنی می‌داند. او موقعیت شگفت‌آوری را بیان می‌کند که به مرگ همزمان دوقلوهای اسکیزوفرن ۳۲ ساله تحت مراقبت در بخش‌های جدا از هم یک بیمارستان روانی منجر شد.

روان‌شناسی و فیزیولوژی

بنا به عقیده بعضی از دانشمندان موضوعات روان‌شناسی و فیزیولوژیکی صرفاً دو روی یک سکه‌اند. هرچند تفسیر چگونگی ارتباط آنان در معرض سوءتعبیرهای زیاد قرار گرفته است. با این‌که آنها دو روی یک سکه‌اند می‌توانند حاصل متغیر سومی باشند: «برای مثال، تغییرات روانی و رفتاری که در بی‌اشتهایی عصبی اولیه دیده می‌شود، و عدم تقارن الگوی ۲۴ ساعته ترشح هورمون جسم زرد تخمک ممکن است صرفاً شاخص اختلال هیپوتالاموس پیشین باشد (واینر، ۱۹۸۰). به علاوه احتمال دارد پدیده‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیک تحت تأثیر متغیرهای مستقل از هم باشند که هیچ‌گونه ارتباطی با یکدیگر نداشته و عملی جداگانه دارند. در این دیدگاه ممکن است ضایعه‌ای باعث سوگ شخص داغدار بشود. اما تغییرات فیزیولوژیک ناشی از گریه کردن، یا آرتزیت روماتوئید، ارتباطی به ضایعه نداشته باشد. جدایی فیزیولوژی و روان‌شناسی همچنان پابرجاست.

مشکلی که فلاسفه در گذشته با آن درگیر بودند در رابطه با احتمال ارتباط بین ذهن و ماده در علم یا عمل بود، همگی مشکلاتی خیالی بودند که از بی‌معنا بودن مفاهیم ماورایی ذهن و ماده یا اذهان و اشیای مادی به عنوان مواد بوجود می‌آمدند.

به عبارتی پاولف (۱۹۲۸) نظریه فیلسوف‌های طرفدار اندیشه‌های مادی‌گرایی بنیادی را دوباره بازگو کرد. وگت^۲ (۱۹۸۳؛ به نقل از ولمن، ۱۹۸۶) نوشت که به همان اندازه که صفرا و کبد ارتباط دارد، فکر کردن نیز با مغز انسان ارتباط دارد و هوشیاری تنها یکی از اعمال مغز است. تقریباً همزمان با او مول اسکات^۳ (۱۹۸۲؛ به نقل از ولمن، ۱۹۸۸) گفت که تمایز میان جسم و ذهن ناامیدکننده است چرا که جسم و دنیای مادی واقعیت هستند، در صورتی که مفاهیم ذهنی و روانی با مقولات خیالی سروکار دارد. با این حال اگرچه مسئله ذهن - جسم هنوز پابرجاست اما ظاهراً طبیعت بین ذهن -

^۱. Ulman

^۲. Voget

^۳. Moleschott

جسم پلی زده است که پژوهش‌های علمی هنوز از یافتن پاسخی مناسب به این مشکل همیشگی عاجزند. حیطة اختلالات روان‌تنی بینش‌های ارزشمندی ارائه می‌کند.

از دیدگاه پزشکی روان‌تنی آنچه ما بدان فکر می‌کنیم و اینکه چه احساسی می‌کنیم سلامتی جسمانی ما را تغییر می‌دهد. افکار و هیجان‌های ما می‌توانند نحوه واکنش‌دهی ما را تغییر دهند. یکی از واکنش‌های بدنی ما بیماری است و ما معمولاً فکر نمی‌کنیم که بیماری‌های جسمانی نظیر زخم معده، بیماری قلبی کرونری، سرطان، سل و آسم واکنش‌هایی باشند که می‌توانند تحت تأثیر افکار و احساسات قرار گیرند.

اما مدت وقوع این نوع بیماری‌ها می‌توانند تحت تأثیر حالت‌های روانی مبتلایان به آنها قرار گیرند. چنین اختلالی، اختلال روان‌تنی^۱ نام دارد و به صورت اختلال بدنی که تحت تأثیر ذهن قرار دارد یا در شدیدترین حالت توسط ذهن ایجاد می‌شود تعریف شده است (روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۲).

تشخیص اختلال روان‌تنی زمانی صورت می‌گیرد که: (۱) یک اختلال با آسیب جسمانی شناخته شده وجود داشته باشد و (۲) رویدادهایی که از نظر روان‌شناختی معنادار هستند قبل از اختلال واقع شده و به شروع یا وخیم‌تر شدن آن کمک کنند. زمانی که عوامل روان‌شناختی بر بیماری جسمانی تأثیر می‌گذارد معمولاً فرد انکار می‌کند که بیمار است، از مصرف دارو خودداری می‌کند و ممکن است وجود عوامل خطر را که احتمالاً حالت جسمانی را وخیم‌تر می‌کند نادیده بگیرد. این دو ملاک شاخص اختلال روان‌تنی در الگوی خاصی گنجانیده شده‌اند: «الگوی بیماری‌پذیری ارثی - استرس»^۲. بیماری‌پذیری به ضعف سرشتی اشاره دارد که زیربنای آسیب جسمانی است و استرس حاکی از واکنش روانی به رویدادهای معنی‌دار است.

طبق این الگو، زمانی فرد دچار اختلال روان‌تنی می‌شود که هم آسیب‌پذیری جسمانی (بیماری‌پذیری ارثی) داشته باشد و هم استرس (تنیدگی) را تجربه کرده باشد.

اگر فردی از نظر سرشتی شدیداً ضعیف باشد استرس بسیار کمی کافی است تا آغازگر بیماری باشد. از طرف دیگر در صورتی که استرس شدیدی رخ دهد حتی افرادی که از نظر سرشتی قوی هستند می‌توانند به بیماری مبتلا شوند. عوامل روانی می‌توانند شرایط جسمانی متعددی را در تعداد زیادی از دستگاه‌های عضوی تحت تأثیر قرار دهند: پوست، نظام عضلانی - استخوانی، دستگاه تنفسی، دستگاه قلبی - عروقی، دستگاه گردش خون و لنفاوی، دستگاه معدی - روده‌ای، دستگاه تناسلی - ادراری، دستگاه درون‌ریز یا اندام‌های حسی (سیدمحمدی، ۱۳۸۲).

^۱. Psychosomatic disorder

^۲. diathesis - stress model

اختلالات دستگاه عضلانی استخوانی که یکی از اختلالات روان‌تنی است بدین معنی است که احساس درد در استخوان و عضلات ارادی پشت و یا در سر و یا سایر اعضای بدن ایجاد می‌شود (شاملو، ۱۳۸۲). آشکار شده است که این دردها با عوامل روانی در ارتباط نزدیک هستند و بویژه در هر فرد عضو ضعیف را فرا می‌گیرند و شامل روماتیسم مفصلی، کم‌درد، انواع سردردها، سردردهای میگرنی (عروقی)، سردردهای تنشی (انقباضی عضلانی) می‌باشند (آزاد، ۱۳۸۲).

نظریه‌های بیماری‌های روان‌تنی شامل الگوی زیست پزشکی، الگوی روان‌پویشی و الگوی شناختی رفتاری می‌باشند. در الگوهای شناختی رفتاری اعتقاد بر این است که یادگیری یا شناخت موجب اختلال‌های روان‌تنی می‌شوند و این الگوهای نظری بر جنبه استرس «بیماری پذیر ارثی - استرس» تأکید می‌ورزند. استرس می‌تواند بوسیله شرطی شدن، توسط شناخت‌ها یا به وسیله رویدادهای زندگی ایجاد شود. به اعتقاد آنها نحوه‌ای که افراد یاد می‌گیرند با تهدید کنار آیند، درباره تهدید فکر کنند و رویدادهای زندگی استرس‌زا و غیرقابل کنترلی که تجربه می‌کنند نقش مهمی را در نحوه‌ای که عوامل روانی موجب بیماری جسمانی شده و آن را وخیم‌تر می‌سازند ایفا می‌کنند. آنها معتقدند که انتخاب و رفتار ارادی نقش مهمی در علت و پیشگیری اختلال‌های روان‌تنی دارند (روزنهان و سلیگمن؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۲).

تعریف و طبقه‌بندی اختلالات روان‌تنی

ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات روان‌تنی یعنی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر شرایط جسمی این است که محرک‌های محیطی با معنی از دیدگاه روان‌شناختی بطور قابل ملاحظه (هرچند نسبی) و موقتاً با شروع و تشدید یک اختلال جسمی مربوطند. چنین حالتی یا یک آسیب‌شناسی عضوی قابل اثبات دارد مثل روماتیسم مفصلی یا یک فرآیند آسیب‌شناسی جسمی معلوم، مثل سردرد میگرنی.

موقعیت استرس‌آمیز یا آسیب‌زای زندگی کشمکش‌هایی بوجود می‌آورد که ارگانیزم نمی‌تواند بطور کافی به آن واکنشی نشان دهد. هولمز^۱ و راهه^۲ (۱۹۷۴) یک مقیاس انطباق مجدد اجتماعی تنظیم کرده‌اند که حاوی ۴۳ حادثه مهم زندگی است که با مقادیر متفاوت آشفتگی و استرس در زندگی شخصی معمول همراهند (مثلاً مرگ همسر ۱۰۰ واحد، طلاق ۷۳ واحد، جدائی از همسر ۶۵ واحد، و مرگ عضو نزدیک خانواده ۶۳ واحد).

مقیاس با پرسش از صدها نفر از زمینه‌های اجتماعی گوناگون برای تعیین میزان نسبی انطباق لازم ناشی از حوادث زندگی تنظیم گردید. هولمز و راهه دریافتند که تجمع بیش از ۲۰۰ واحد تغییر

^۱. Holmes

^۲. Rahe

زندگی^۱ در یک سال موجب بالا رفتن میزان بروز اختلالات روان‌تنی می‌گردد. مطالعات نشان داده است افرادی که با این استرس‌های کلی، خوش‌بینانه برخورد می‌کنند تا با بدبینی، کمتر در معرض ابتلا به اختلال روان‌تنی هستند و اگر هم مبتلا شوند آسانتر بهبود می‌یابند (کاپلان؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۶۹).

علاوه بر استرس‌های کلی مثل طلاق و مرگ همسر عده‌ای از روان‌درمانگرها معتقدند که تیپ‌های شخصیتی و تعارض‌های خاصی با بیماری‌های روان‌تنی خاصی رابطه دارند. عده‌ای دیگر اعتقاد دارند که اضطراب منتشر غیراختصاصی ناشی از هرگونه تعارضی به تعدادی بیماری‌های مختلف منجر می‌شود.

استرس اختصاصی را می‌توان شخصیت یا تعارضی ناهشیار تعریف نمود که ایجاد عدم تعادل حیاتی نموده و به پیدایش اختلال روان‌تنی کمک می‌کند. انواع خاص شخصیت نخستین بار بوسیله دانبار^۲ (۱۹۸۰؛ به نقل از دبسون^۳، ۱۹۸۲) مورد تأکید قرار گرفت که از شخصیت کرونری (افراد سخت‌کوش و سلطه‌جو) که به انفارکتوس میوکارد مبتلا می‌گردند سخن به میان آورد. بعدها فرایدمن^۴ و روزنمن^۵ شخصیت تیپ A را به عنوان استعدادی برای بیماری کرونری معرفی کردند. فرانتس الکساندر^۶ تعارض‌های ناهشیار مشخصی را با برخی اختلالات ربط داد. مثلاً تعارض وابستگی ناهشیار، شخص را به زخم پتیک مستعد می‌سازد. هم نوع خاص شخصیت و هم تعارض ناهشیار تحت عنوان فرضیه‌های سبب‌شناسی خاص بیماری‌های روان‌تنی قرار می‌گیرند. همچنین استرس مزمن غیراختصاصی همراه با اضطراب ضمنی آن دارای اهمیت فیزیولوژیکی است که در افراد مستعد از نظر ژنتیک ممکن است به پیدایش اختلال روان‌تنی منجر گردد (گلدر و مایو، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۲).

اختلالات عضلانی استخوانی که از انواع اختلالات روان‌تنی است شامل روماتیسم مفصلی، کمردرد، سردردهای میگرنی و تنشی است.

عضلات ابزارهای اصلی حرکت بدن هستند. ماهیچه‌های مخطط حرکات اسکلتی و ماهیچه‌های صاف حرکات اندامهای درونی را کنترل می‌کنند. حرکات ارادی بر عهده عضلات مخطط است اما کنترل آگاهانه‌ای بر ماهیچه‌های صاف وجود ندارد.

^۱ life – chance unit

^۲ Dunbar

^۳ Dubson

^۴ Friedman

^۵ Rozenman

^۶ Frant Alexander

تنش‌های عضلانی می‌تواند صرفاً معلول عوامل جسمانی از جمله ضایعه مغزی، فلج مغزی و یا سکتته باشد. با این حال آنها می‌توانند توسط عوامل روان‌شناختی مثل اضطراب شدید و افسردگی نیز بوجود آیند (ولمن، ۱۹۸۸).

روماتیسم مفصلی یک بیماری مشخص با درد مزمن عضلانی - استخوانی است که این درد از بیماری التهابی ناشی می‌شود. این اختلال دارای عوامل سببی مهم ارثی، آلرژیک، مصونیتی و روان‌شناختی است. استرس‌های روانی شخص را نسبت به روماتیسم مفصلی مستعد می‌سازند. کمردرد در ناحیه کمری، کمری خاجی و خاجی - خاصره‌ای احساس می‌شود. معمولاً با درد و التهاب عصب سمپاتیک همراه است که درد آن در یک یا هر دو ناحیه سرین یا در مسیر انتشار عصب سمپاتیک احساس می‌شود. هر چند ممکن است کمردرد ناشی از پاره شدن دیسک بین مهره‌ای باشد یا از شکستگی در ستون فقرات، نقص مادرزادی تحتانی و یا کشش عضلانی و رباط‌ها ناشی شود ممکن است ریشه روان‌شناختی هم داشته باشد. گفته شده است در ۹۵ درصد موارد علت کمردرد روان‌شناختی است.

سردرد شایعترین علامت عصبی و یکی از شایعترین شکایت‌های طبی است. حدود ۸۰ درصد مردم حداقل سالی یک بار دچار سردرد می‌گردند و ۱۰ تا ۱۲ درصد کسانی که به پزشک مراجعه می‌کنند شکایت اولیه‌شان سردرد است. سردرد در ضمن یکی از دلایل رایج برای غیبت از کار یا امتناع از هر فعالیت شخصی یا اجتماعی است. اکثریت سرردها با علت عضوی همراه نیستند، خیلی از مردم در حالات استرس هیجانی مستعد ابتلا به سردرد می‌باشند. در واقع خیلی از اختلالات روانپزشکی مثل اضطراب و افسردگی در بسیاری از موارد با سردرد به عنوان یکی از علائم عمده مورد توجه قرار می‌گیرند (کاپلان، ترجمه پورافکاری، ۱۳۶۹).

ملاک‌های تشخیصی اختلالات روان‌تنی در DSM-IV-TR

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

این عوامل ممکن است به راه‌های گوناگون بر بیماری‌های جسمانی تأثیر نامطلوب بگذارند. این عوامل ممکن است بر سیر بیماری جسمانی تأثیر بگذارند (که آن را می‌توان از ارتباط زمانی نزدیک بین این عوامل و ظهور یا تشدید یا تأخیر در بهبود بیماری جسمانی استنباط کرد). احتمال دارد این عوامل با درمان بیماری جسمانی تداخل کنند. این عوامل ممکن است برای تندرستی فرد خطر

مضعف داشته باشند (برای مثال پرخوری مداوم در یک فرد مبتلا به دیابت مرتبط با وزن). این عوامل ممکن است با برانگیختن پاسخ‌های فیزیولوژیایی مرتبط با فشار روانی نشانه‌های یک بیماری جسمانی را آشکار ساخته و یا تشدید نمایند.

عوامل روان‌شناختی یا رفتاری که بر بیماری‌های جسمانی تأثیر می‌گذارند عبارتند از: اختلال‌های محور I، اختلال‌های محور II، نشانه‌های روان‌شناختی یا صفات شخصیتی که با ملاک‌های کامل یک اختلال روانی خاص مطابقت ندارند، رفتارهای بهداشتی ناسازگار یا پاسخ‌های فیزیولوژیایی به عوامل تنش‌زای محیطی یا اجتماعی. عوامل روان‌شناختی و رفتاری ممکن است تقریباً بر سیر همه طبقه‌های عمده بیماری از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی، بیماری‌های پوستی، بیماری‌های غدد داخلی، بیماری‌های معدی - روده‌ای و بیماری‌های رماتیسمی تأثیر بگذارند.

عوامل روان‌شناختی مؤثر بر تشخیص بیماری جسمانی روی محور I کدگذاری شده و بیماری جسمانی همراه روی محور II کدگذاری می‌شود (DSM-IV-TR, ۲۰۰۰).

علل اختلالات روان‌تنی

در تبیین علت و تسکین اختلال‌های روان‌تنی چهار نظریه هستند که با چهار مکتب نابهنجاری مطابقت دارند: زیست‌پزشکی، روان‌پوشی، رفتاری و شناختی، همه این مکتب‌ها با رویکرد بیماری‌پذیری ارثی - استرس هماهنگ هستند.

الگوی زیست‌پزشکی

الگوی زیست‌پزشکی بر بیماری‌پذیری ارثی به عنوان زیربنای بیماری روان‌تنی تأکید می‌ورزد. دیدگاه زیست‌پزشکی چهار مؤلفه دارد: ژنتیک، آسیب‌پذیری اندام بخصوص، انتخاب تکاملی و نشانگان انطباق عمومی.

در مورد مؤلفه ژنتیک طبق بررسی‌های علمی موجود، داشتن آمادگی برای اختلال‌های روان‌تنی از نظر ژنتیکی ارثی است.

در ارتباط با مؤلفه آسیب‌پذیری اندام بخصوص باور بر این است که این ضعف اندام بخصوص است که ارثی است. یعنی وقتی که یک نفر دچار استرس می‌شود ضعیف‌ترین حلقه در زنجیره بدنی او پاره می‌شود. این واقعیت که افراد گرایش دارند با یک قسمت خاص بدن به استرس واکنش دهند اختصاصی بودن اندام را تأیید می‌کند. معمولاً برخی با معده ضعیف به استرس واکنش نشان می‌دهند برخی با سردرد، دیگران با عرق کردن و برخی دیگر با تندتر شدن ضربان قلب و بیماران مبتلا به

سردردهای مکرر با افزایش تنش عضلانی واکنش نشان می‌دهند (لیسی ۱۹۵۰؛ ترجمه سیدمحمدی ۱۳۸۲).

تکامل

تکامل می‌تواند عملاً ایجاد برخی از اختلال‌های روان‌تنی را تسهیل کند. در یک محیط تهدیدکننده افرادی که دنیا را تهدیدکننده می‌دیدند و قاطعانه با بالا رفتن فشارخون، تنش عضلانی و موارد مشابه پاسخ می‌دادند همان‌هایی بودند که با احتمال بیشتری زنده ماندند و تولیدمثل کردند. فقط این روزها که میزان تهدید فیزیکی در مقایسه با دوران غار و جنگل کاهش یافته است به جای امتیاز، اختلال محسوب می‌شود. پرتنشی فقط برای افرادی مهلک است که سال‌های زیادی را از سن شکوفایی تولیدمثل پشت سرگذاشته‌اند. بنابراین گرایش به انواع اختلال‌های روان‌تنی به این علت موروثی است که در دورانی از تاریخ این بیماری‌ها عملاً بقا و تولیدمثل را تسهیل می‌کردند (روزنهان، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۲).

از دیدگاه دانبار^۱ (۱۹۸۰، به نقل از دبسون^۲، ۱۹۸۲) که الگوی روان‌تنی استرس را ارائه داده است هر جا بر نقطه‌ای از دستگاه بدن فشاری تحمیل شود ممکن است در دیگر قسمت‌های بدن وضعیت مرضی ایجاد کند. بر اساس این نظریه زمانی که شخص ناتوان از ارائه پاسخ مؤثر به تعارضاتی باشد که با آنها مواجه است این امکان وجود دارد که فرآیندهای زیست‌شناختی انسان تحت تأثیر قرار گیرد. لیکن تعارضاتی که شخص بتواند با آنها قاطعانه برخورد کند و راه‌حل قطعی برایشان بیابد موجب تغییرات جسمانی نمی‌گردد.

سلیه^۳ (۱۹۴۶) به بررسی تأثیرات استرس بر پاسخ‌های فیزیولوژیکی پرداخت و سعی کرد این واکنش‌ها را به بروز بیماری‌ها ربط دهد.

خدمات وی پیرامون موضوع استرس شامل ارائه مفهومی از استرس و ارائه الگویی برای چگونگی دفاع بدن در موقعیت‌های استرس‌زا بود. او مفهوم استرس را به عنوان یک پاسخ نامشخص معرفی کرد و مرتباً تأکید می‌کرد که استرس یک پاسخ عمومی جسمانی است که توسط هر عامل استرس‌زای محیطی ایجاد شده باشد. وی با ارائه الگوی زیست‌شیمیایی استرس نشانگان عمومی سازگاری (GAS)^۴ را به عنوان الگویی برای توصیف واکنش زیست‌شناختی در مواجهه با استرس جسمانی مستمر و شدید معرفی کرد.

^۱. Dunbar

^۲. Dobson

^۳. Selye

^۴. General Adaptation Syndrome

GAS به تلاش‌های عمومیت یافته بدن برای دفاع از خود در قبال عوامل مضر اشاره دارد. این نشانگان شامل تمام تغییرات نامعین خاصی است که به دستگاه زیستی القا شده و در سه مرحله اتفاق می‌افتد.

۱- واکنش هشدار^۱: واکنش اولیه ارگانیزم است و مربوط به زمانی است که موجود بطور ناگهانی با محرک‌های مختلف روبرو می‌شود و نمی‌تواند خودش را با آنها سازگار کند. این واکنش دارای دو مرحله است:

الف- ضربه: واکنش فوری و ابتدایی نسبت به عامل آزاررساننده. افزایش دمای بدن، از دست دادن انقباض طبیعی عضلانی، بالا رفتن فشارخون و تپش قلب از نشانه‌های عمومی آن به شمار می‌روند.

ب- مواجهه با ضربه: واکنش بازگشتی یا مرحله بسیج دفاعی که طی آن قشر غده فوق کلیوی بزرگ می‌شود و ترشح هورمون‌های کورتیکوئید افزایش می‌یابد. اکثر بیماری‌های حاد مرتبط با استرس به این دو مرحله مربوط می‌شوند.

۲- مقاومت^۲: ارگانیزم از طریق مکانیزم‌های سودمند مقابله با استرس، سازگار شده و تعادل خود را باز می‌یابد.

۳- اگر عامل استرس تشدید شود یا ارگانیزم قادر به ارائه پاسخ مؤثری نباشد مرحله سوم یعنی فرسودگی^۳ را به دنبال خواهد داشت که بر مبنای نظر سلیه مکانیزم سازگاری مختل شده و کاملاً از بین می‌رود و در نتیجه ارگانیزم یا دچار صدمات غیرقابل جبران خواهد شد و یا خواهد مرد (سلیه، ۱۹۹۳). این نظریه فرض می‌کند که نشانه‌های روان‌تنی واکنش‌های استرس کلی هستند که مبنای نشانگان سازگاری کلی را تشکیل می‌دهند.

الگوی روان‌پویشی

فرانتز الکساندر^۴ (۱۹۵۰) مشهورترین نظریه‌پرداز روان تحلیل‌گری اختلال‌های روان‌تنی است. دیدگاه او آسیب‌پذیری ژنتیکی اندام، عوامل شخصیت و استرس زندگی را در هم ادغام می‌کند. شخصی که از نظر ژنتیکی در اندام خاصی آسیب‌پذیر است و تعارض‌های روان‌پویشی بخصوصی دارد زمانی که استرس زندگی تعارض‌های روان‌پویشی او را برانگیخته می‌کند و او دیگر قادر نیست از خود در برابر آنها دفاع کند، به بیماری آن اندام مبتلا خواهد شد. هر سه عامل دستگاه اندامی

¹. alarm reaction

². resistance

³. exhaustion

⁴. Franz Alexander

آسیب‌پذیر، تعارض پویشی بنیادی و موقعیت زندگی ایجاد کننده استرس برای ایجاد بیماری با هم تعامل می‌کنند. ماهیت مجموعه شخصیت در مورد فردی که به زخم گوارشی مبتلا خواهد شد، تعارض درباره نیازهای وابستگی در مقابل ابراز وجود مستقل است. الکساندر تعارض‌های دیگری را برای آسم، التهاب مفصل و اختلال‌های پوستی فرض می‌کند.

الگوهای شناختی رفتاری

نظریه‌های ناشی از دیدگاه‌های رفتاری و شناختی معتقدند که یادگیری یا شناخت موجب اختلال‌های روان‌تنی می‌شوند و آنها بر جنبه استرس بیماری پذیری اثری - استرس تأکید می‌ورزند. استرس می‌تواند به وسیله شرطی شدن، توسط شناخت‌ها یا به وسیله رویدادهای زندگی ایجاد شود.

شرطی‌سازی

دیدگاه شرطی‌سازی اختلال‌های روان‌تنی بر این باور است که نشانه‌ها پاسخ شرطی هستند که زمانی فراگیر می‌شوند که یک محرک خنثی با یک محرک غیرشرطی که موجب اختلال شده است همایند شده باشد.

شناخت‌ها و اختلال‌های روان‌تنی

افکار بخصوصی می‌توانند موجب نشانه‌های جسمانی شوند. ویلیام گریس^۱ و دیوید گراهام^۲ (۱۹۸۵، به نقل از ولمن، ۱۹۸۸) معتقدند که ادراک فرد از دنیا و اینکه او درباره تهدید چه فکری می‌کند پیش‌بینی می‌کنند که چه اختلال روان‌تنی ایجاد خواهد شد.

گریس و گراهام برای پی بردن به این موضوع که چه موقعیت‌هایی بلافاصله قبل از شروع نشانه‌ها واقع می‌شوند و اینکه چگونه فرد متوجه می‌شود که چه چیزی قرار است برای او اتفاق افتد با ۱۲۸ بیمار مبتلا به انواع بیماری‌ها مصاحبه کردند.

آنها افکار بخصوصی را یافتند که با بیماری‌های بخصوصی در ارتباط بودند. مثلاً افراد مبتلا به فشارخون بالا همواره برای مواجه شدن با تهدید در حالت آمادگی دائمی بودند و زمانی که با تهدید روبه‌رو می‌شدند فکر می‌کردند که «هیچ کس تاکنون بر من غلبه نکرده است. من برای هر چیزی آمادگی دارم.»

^۱. William Grace
^۲. David Graham

رویدادهای زندگی

رویدادهای استرس‌زای زندگی می‌توانند موجب بیماری شوند. اگر واکنش ما به استرس ما را مستعد بیماری جسمانی می‌سازد پس رویدادهای استرس‌زای مکرر باید با بیماری مکرر در ارتباط باشند.

توماس هولمز و ریچارد راهه (۱۹۷۴) در اولین پژوهش پیشگام در پاسخ به این سوال یک مقیاس رویدادهای زندگی را ابداع کردند به نام «مقیاس ارزیابی سازگاری مجدد اجتماعی»^۱، که طی آن از افرادی خواستند تا مقدار استرسی را که رویدادهای مختلف زندگی ایجاد می‌کنند رتبه‌بندی کنند. هولمز و راهه بر اساس این رتبه‌بندیها به هر یک از رویدادهای استرس‌زا نمره‌ای اختصاص دادند. مرگ همسر شدیدترین رویدادهای زندگی استرس‌زا بود، طلاق و جدایی نزدیک به صدر بودند، انتخاب شغل جدید در وسط قرار داشت، تعطیلات مرخصی‌ها تخلفات جزئی از قانون کمتر از همه استرس‌زا بودند. هر چه فرد رویدادهای زندگی بیشتری را تجربه کند با احتمال بیشتری دچار انواع اختلال‌ها می‌شود.

تحول دیگر در پژوهش رویدادهای زندگی به کنترل بر زندگی فرد مربوط می‌شود. دیوید گلاس رویدادهای زندگی غیرقابل کنترل و قابل کنترل را از یکدیگر متمایز کرد و مرگ عضو نزدیک خانواده، مرگ دوست صمیمی و اخراج شدن از کار را با عنوان صدمات غیرقابل کنترل اما طلاق، جدایی و تغییر در عادات خوردن را با عنوان رویدادهای زندگی قابل کنترل طبقه‌بندی کرد (سیدمحمدی، ۱۳۸۲).

درمان اختلالات روان‌تنی

برای درمان اختلالات روان‌تنی همکاری همزمان چندین رشته تخصصی لازم است. پیشگیری از اختلالات روان‌تنی مستلزم کمک و راهنمایی پزشکان، روان‌پزشکان کودک، روان‌شناسان کودک، مددکاری اجتماعی، مشاورین و راهنمایان و متخصصین تعلیم و تربیت است زیرا بسیاری از مشکلات روان‌تنی به تعامل کودک - والد و سایر اشکال روابط اجتماعی بر می‌گردد. به علاوه هرچند مشکلات روان‌تنی مادرزادی نیستند ولی معمولاً توصیه می‌شود زمینه‌های وراثتی مورد بررسی قرار گیرد.

در حال حاضر در درمان اختلالات روان‌تنی چندین رویکرد و دیدگاه وجود دارد: از قبیل دارویی، فیزیولوژیکی، روانکاوی و رویکردهای رفتاری. تعیین اینکه کدام رویکرد بیشترین کارایی را

^۱. Social Readjust Rating Scale

دارد به آسانی میسر نیست زیرا اختلالات روان‌تنی به مجموعه‌ای از عوامل وراثتی، زیست شیمیایی و روانی بستگی دارد.

پسخوراند زیستی

پسخوراند زیستی^۱ نوعی پسخوراند اطلاعات زیستی است و بیانگر جریان اطلاعاتی است که به فرد راجع به فرآیندهای فیزیولوژیکی درونیش داده می‌شود مثل ضربان قلب، ریتم مغزی، تنش ماهیچه‌ای (بییتس،^۲ ۱۹۸۰).

پسخوراند زیستی منعکس کردن اطلاعات زیستی به یک فرد است. در این روش فرآیند فیزیولوژیکی درونی یک فرد کنترل، بزرگ‌نمایی و به او نشان داده می‌شود. نشان دادن فرآیند فیزیولوژیکی درونی به یک فرد معمولاً توسط یک عقربه، نور یا صدا اندازه‌گیری می‌شود. این فرآیند فیزیولوژیکی می‌تواند تنش عضلانی، حرارت بدن، فعالیت قلب یا ریتم مغز باشد (گرین و گرین^۳، ۱۹۸۶).

پسخوراند زیستی روش متداول درمان اختلالات روان‌تنی است. از برخی تجهیزات برای نمایش نشانه‌های فیزیولوژیکی خاص بیمار به او در رابطه با علائم بیماری‌اش استفاده می‌شود. بیمار می‌آموزد که متغیر فیزیولوژیکی مورد نظر را کنترل و تغییر دهد.

هیپنوتیزم

در بعضی بیماری‌های روان‌تنی هیپنوتیزم بطور نسبتاً موفق به کار رفته است. مشخص شده است که هیپنوتیزم روی گلوکز خون، بطور مثبت یا منفی تأثیر داشته و در درمان بی‌اشتهایی و پرخوری مرضی موفق بوده است. در شرایط آزمایشگاهی رابطه‌ای بین هیپنوتیزم و کاهش درد وجود داشته است، هرچند تغییر ضربان قلب یا فشارخون عموماً تحت تأثیر آن قرار نگرفته‌اند.

حدود ۹۰ درصد از کم‌دردها طی چندماه صرف‌نظر از نوع درمان خودبه‌خود خوب می‌شوند. درصد کمی از کم‌دردها که استمرار یافته و مزمن می‌شود ممکن است معلول یک یا چند علت مثل امراض نخاع شوکی، نئوپلاسم، آرتريت، به هم فشردن یا تحریک اعصاب نخاعی و ریشه‌های اعصاب نخاعی و همچنین دردهای ماهیچه‌ای باشد (باربر،^۴ ۱۹۸۲). کرازیلنک^۵ نشان داد چگونه

^۱. biofeedback

^۲. Yates

^۳. Green & Green

^۴. Barber

^۵. Crasilneck

القاهای هیپنوتیزمی می‌تواند در درمان کمردرد موفقیت‌آمیز باشد. وی روی بیمارانی کارکرد که مبتلا به کمردردهای مزمن بودند و درمان آنها سخت بوده است (به نقل از نجاریان، ۱۳۷۵).

کنار آمدن

وقایع استرس‌زا مردم را از نظر هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی تحت تأثیر قرار می‌دهند. ولی مردم روشهایی برای برخورد با استرس‌زاهای و اثرات آنها دارند، مردم اثرات زیان‌بخشی استرس‌زاهای را با راهبردهای کنار آمدن^۱ کاهش می‌دهند. کنار آمدن یعنی هر نوع تلاش، سالم یا ناسالم، هشیار یا ناهشیار برای جلوگیری، از بین بردن یا ضعیف کردن استرس‌زاهای، یا تحمل کردن اثرات آنها به طوری که حداقل آسیب‌رسانی را داشته باشد.

معمولاً دو شیوه کنار آمدن با استرس وجود دارد: به صورت مستقیم و به صورت دفاعی. روشهای مستقیم کنار آمدن مستلزم توجه شخص به واقعه استرس‌زا و به کارگیری امکانات رفتاری و شناختی برای تغییر دادن واقعه است به طوری که موقعیت از استرس‌زا بودن به موقعیت بدون استرس تغییر کند. روش‌های کنار آمدن دفاعی مستلزم اجتناب از واقعه استرس‌زا، زمانی که رخ داده است یا جلوگیری کردن از پاسخ هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی به آن، و از این رو، کاهش دادن اثرات آن است (سیدمحمدی، ۱۳۸۰).

خانواده درمانی

خانواده درمانی شکلی از روان‌درمانی برای اعضای خانواده است به منظور اینکه آنها احساس خوبی داشته باشند، ارتباط بهتری داشته باشند، محیط عاطفی مثبتی در خانه ایجاد کنند و مسائل و مشکلات‌شان را به شکل مؤثرتر و کارآمدتری حل کنند. روان‌درمانگران خانواده به مسائل جدی عاطفی و مشکلات و مسائل کاری روزمره می‌پردازند. متخصصان خانواده درمانی به طرز رفتار و نوع رابطه بیمار با خانواده، دوستان، مدرسه و محل کار به عنوان راهی برای پی بردن به این که چه طور این فرد به این مسائل دچار شده است توجه می‌کنند و برای درمان بر روابط بیمار تمرکز می‌کنند مثلاً فردی که از لحاظ بالینی مضطرب است روابط پر اضطرابی هم دارد (میلی‌کین، ۲۰۰۰، به نقل از واکر و روبرتس، 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

^۱. Coping

اعضا، 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 کار برده 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،^۱ ۲۰۰۳). 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 آنها فراهم آمده و زمینه برای رسیدن به اهداف آنان مهیاست.

درمان‌های شناختی رفتاری

در این روش روش‌های شناختی و رفتاری در کنار هم به کار می‌روند. درمان‌های شناختی - رفتاری شامل راهبردهایی هستند که به منظور تغییر تفکر، نگرش، ادراک و رفتار افراد مسئله‌دار طراحی شده‌اند.

آموزش روش‌های حل مسئله^۲، آموزش خود^۳ و مدیریت خود^۴ از روش‌هایی هستند که به تغییر در شناخت منجر شوند (خدایاری‌فرد، ۱۳۸۳).

در شناخت رفتار درمانگری کوشش می‌شود تا با تأثیرگذاری بر الگوی فکری هشیار درمانجو افکار و اعمال وی اصلاح شود.

شناخت رفتار درمانگری که از رفتار درمانی منشعب شده است بر تأثیر تفکر در عواطف، رفتار و چگونگی دریافت فرد از جهان توجه دارد. در این مورد آخری دیدگاه شناختی که مبتنی بر الگوی خبرپردازی راجع به اموری است که در محیط هر فرد اتفاق می‌افتد به لحاظ فلسفی با مکتب سازه‌های ذهنی هم‌سنخ است. در ساخت‌گرایی^۵، اعتقاد بر این است که آدمی در ساخت واقعیت شخصی خود نقش فعال بر عهده دارد (حسین‌شاهی و همکاران، ۱۳۸۲).

^۱ Hallahan & Caffman

^۲ Problem solving

^۳ self - instruct

^۴ self - management

^۵ constructivism

خانواده درمانی شناختی رفتاری

در خانواده درمانی شناختی رفتاری 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^۱، ۱۹۹۲).

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 توانایی‌های افراد خانواده برای انطباق با بحران‌ها، تغییرات و وقایع غیرمنتظره می‌شود.

برای دستیابی به این هدفها شیوه‌های تفکر، نگرش‌ها و طرحواره‌های اعضای خانواده از اهمیت بسیاری برخوردار است. محتوای ادراک اعضای خانواده بر کیفیت و شدت تعاملات روزمره و مشکلات هیجانی در خانواده تأثیر می‌گذارد.

شناخت درمانی آن‌گونه که در اصل توسط بک^۲ (۱۹۶۷؛ به نقل از لیهی، ۲۰۰۳) مطرح شده است تأکید زیادی بر «طرحواره‌ها»^۳ دارد. نویسندگان و صاحب نظران مختلف نظریه طرحواره را برای تبیین پردازش اطلاعات در زندگی افراد به صورت‌های مختلفی مطرح کرده‌اند. اکثر رویکردهای نظری معتقدند که افراد ساختارهای دانش خود را از طریق تعاملاتی که با دیگران و محیط خود دارند شکل می‌دهند. ممکن است این ساختارهای دانش به عنوان طرحواره‌ها مطرح شوند و دارای کارکرد سازشی باشند و این کارکرد سازشی آنان از طریق سازماندهی تجربه به صورت الگوهای معنادار و کاهش دادن پیچیدگی‌های محیط صورت می‌پذیرد. از طریق یک مکانیزم انتخابی محدود کردن، هدایت کردن و سازماندهی اطلاعات فعالیت پردازش طرحواره‌های شخص موجب تفکر و عمل مؤثر می‌گردد. در صورتی که این مفهوم در درمان خانوادگی به کار گرفته شود، مداخله درمانی مبتنی بر پیش‌فرض‌هایی است که از طریق آنها افراد خانواده یکدیگر را تعبیر و تفسیر و ارزشیابی می‌کنند و هیجان‌ها و رفتارهایی است که در پاسخ به این شناخت‌ها بروز پیدا می‌کنند. اگرچه در نظریه شناختی - رفتاری اعتقاد بر این نیست که فرایندها و پردازش‌های شناختی علت همه رفتارهای خانواده است، اما بر این نکته تأکید دارد که ارزیابی شناختی نقش مهمی را در روابط متقابل و موجود میان وقایع،

1. Teichman

2. Beck

3. schemas

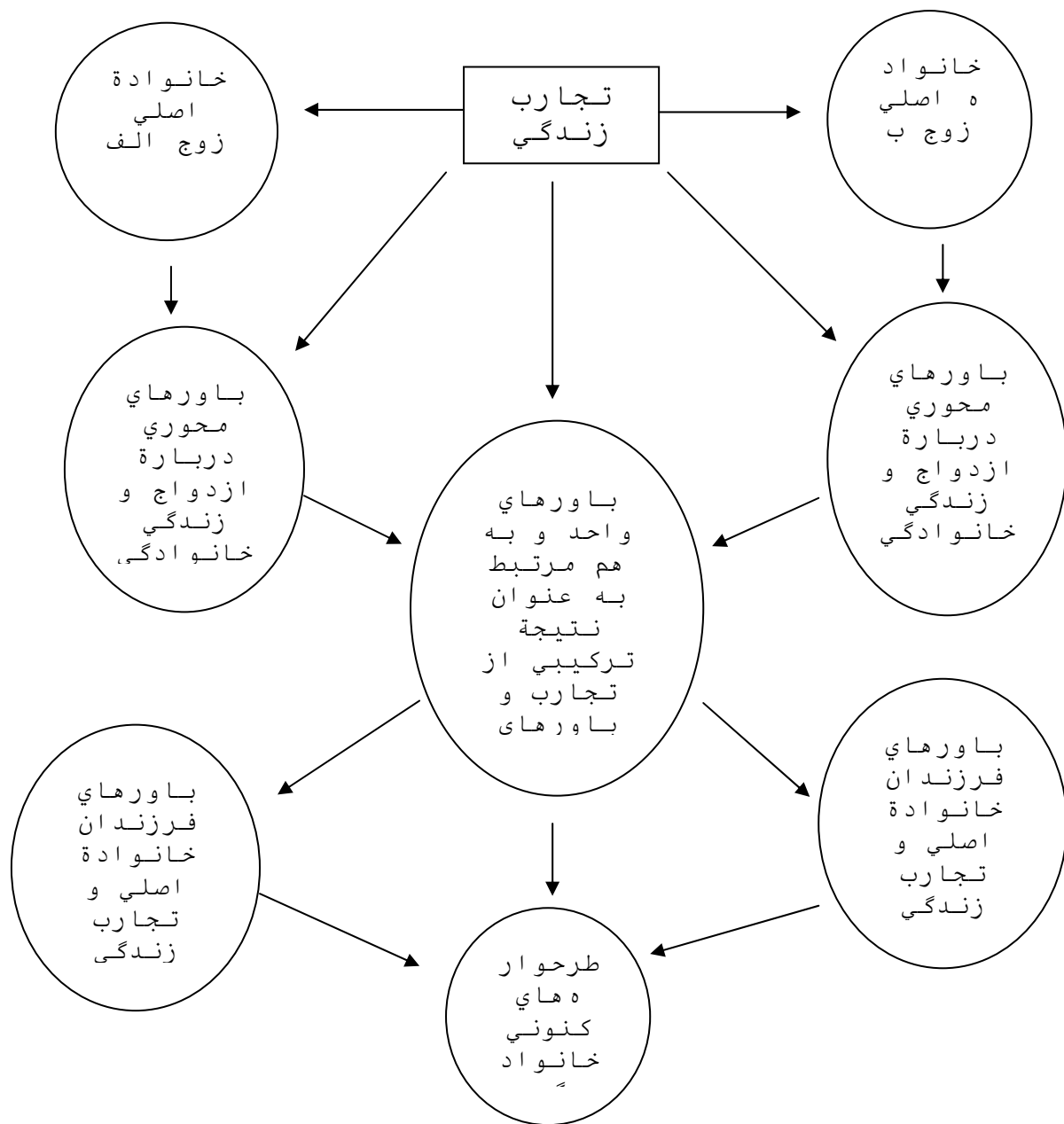
شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها دارند (رایت^۱ و بک، ۱۹۹۳؛ به نقل از لیهی، ۲۰۰۳). در طول فرایند درمانی، بازسازی باورهای تحریف شده تأثیر به‌سزایی بر تغییر رفتارهای نادرست دارد.

طرحواره‌ها در کاربرد درمان شناختی - رفتاری در خانواده‌ها نیز اهمیت زیادی دارد. همان‌طوری که افراد طرحواره‌های اساسی شخصی درباره خودشان، جهان اطرافشان و آینده خود دارند، طرحواره‌های درباره کارکردهای خانوادگی خود نیز دارند. بعضی از درمانگران اعتقاد دارند که باید تأکید بیشتری بر بررسی و مطالعه شناخت‌های فردی اعضای خانواده و بر چیزی که داتیلیو^۲ (۱۹۹۳)، به نقل از داتیلیو، (۲۰۰۱) آن را طرحواره‌های خانوادگی می‌نامد، کرد. طرحواره‌های خانوادگی باورهایی درباره خانواده هستند که به عنوان نتیجه و محصول سال‌ها تعامل میان اعضای واحد خانوادگی شکل گرفته‌اند. تا جایی که پیشنهاد شده است که افراد اساساً دو مجموعه متمایز از طرحواره‌ها را درباره خانواده شکل می‌دهند.

این دو مجموعه طرحواره متشکل از طرحواره‌های خانوادگی مرتبط با خانواده‌های اصلی والدین و طرحواره‌های مربوط به خانواده‌ها درکل یا آنچه که نظریه شخصی زندگی خانوادگی نامیده می‌شود، هستند. این تجارب و ادراکات مربوط به خانواده اصلی است که طرحواره‌ها را در مورد خانواده خود فرد و خانواده‌ها در کل شکل می‌دهد.

این طرحواره‌ها تأثیر مهمی بر چگونگی تفکر، احساسات و رفتارهایی که افراد در خانواده دارند، دارند. خانواده اصلی هر یک از زوجین نقش مهمی در شکل‌دهی طرحواره‌های آنان از خانواده کنونی خود دارد. باورهایی که در خانواده اصلی افراد شکل گرفته‌اند ممکن است هشیار و یا ناهشیار باشند و ممکن است در طرحواره اصلی که منجر به شکل‌گیری طرحواره خانوادگی کنونی می‌گردد سهم داشته باشد (به نمودار زیر توجه کنید).

^۱. Wright
^۲. Dattilio



نمودار ۱-۲ رشد و تحول طرحواره‌های خانوادگی، برگرفته از داتلیو، ۲۰۰۳

این طرحواره خانوادگی بعدها در پرورش و تربیت کودکان به کار برده می‌شود و وقتی که با افکار و مفاهیم فردی آنها درباره محیط و تجارب زندگی‌شان وحدت پیدا کرد در رشد و توسعه بیشتر طرحواره خانوادگی نقش خواهد داشت. طرحواره‌های خانوادگی به موازات این که وقایع مهم و بزرگ در طول دوره زندگی خانوادگی رخ می‌دهند، تغییر پیدا می‌کنند (برای مثال وقایعی مثل مرگ، طلاق) و این تکامل طرحواره‌ها و تغییر آنها در اثر تجارب روزمره و روز به روز افراد همچنان ادامه می‌یابد. در نتیجه طرحواره خانوادگی یک حوزه مهم برای انجام مداخله‌های مربوط به خانواده

درمانی شناختی - رفتاری است، حوزه‌ای که معمولاً در آن بزرگترین تغییرات رخ می‌دهد. در خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری از مجموعه‌ای از راهبردهای رفتاری برای بازسازی باورهای اساسی و محوری خانواده و تحت تأثیر قرار دادن یا اصلاح الگوهای رفتاری افراد خانواده استفاده می‌شود. مؤلفه رفتاری مربوط به خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر چندین بُعد از اعمال افراد خانواده تأکید می‌کند که عبارتند از:

۱_ تبدیل تعاملات منفی و نقایص خانواده به رفتارهای مطلوب و مناسبی که بین افراد خانواده تبادل می‌شود، ۲_ مهارت‌های بیان کردن و شنیدن در ارتباطات، ۳_ مهارت‌های حل مسئله، و ۴_ مهارت‌های بحث و تبادل نظر، مذاکره و تغییر رفتار.

الگوهای نظری زیربنایی در رویکردهای رفتاری به خانواده درمانی شامل نظریه یادگیری اجتماعی (بندورا^۱، ۱۹۷۷؛ به نقل از دایتلیو، ۲۰۰۳) و نظریه تبادل اجتماعی (سیبوت و کلی^۲، ۱۹۵۹؛ به نقل از لیهی، ۲۰۰۳) است.

در اصلاح طرحواره‌های شناختی با استفاده از چارچوب شناختی - رفتاری بسیار مهم است که مجموعه‌ای از مراحل را که در زیر مطرح شده است و می‌تواند فرایند تحلیل و بازسازی طرحواره‌ها را تسهیل کند، دنبال کنیم:

مرحله اول. طرحواره‌های خانوادگی را تعیین کنید و حوزه‌های تعارض و بدکارکردی‌هایی که توسط این طرحواره‌ها ایجاد می‌شوند را برجسته کنید. می‌توان طرحواره‌ها را از طریق مشخص کردن افکار خودکار و با استفاده از فنونی نظیر پیکان وارونه و سؤال‌های سقراطی آشکار و تعیین کرد. به محض این که این طرحواره‌ها مشخص شدند، بعد می‌توان با بدست آوردن موافقت اعضای خانواده آنها را اثبات کرد.

مرحله دوم. طرحواره‌های خانواده اصلی را پیدا کنید و این موضوع را کشف کنید که این طرحواره‌ها چگونه تغییر و تکامل پیدا کرده‌اند تا یک مکانیزم تفکیک‌ناپذیر در فرایند خانوادگی باشند. این کار را می‌توان توسط رجوع به سابقه والدین و سبک‌های والدینی که والدین آنها در موقع پرورش و تربیت آنها بکار برده‌اند، انجام داد. شباهت‌ها و تفاوت‌ها را باید بین والدین مشخص کرد تا بتوان این موضوع را که آنها چگونه در طرحواره‌های خانوادگی کنونی خود نقش داشته‌اند به تصویر کشید.

مرحله سوم. نیاز برای تغییر و اصلاح را گوشزد کنید و نشان دهید که چگونه بازسازی کردن یک طرحواره ممکن است کارکردهای سازش یافته‌تر و تعاملات هماهنگ‌تری را تسهیل کند. در این

¹. Bandura

². Thibaut & Kelley

مرحله بسیار اساسی است که خانواده را متقاعد کنید که اصلاح یا تغییر باعث کاهش تنش و سطح تعارض در جو خانوادگی می‌گردد.

مرحله چهارم. قدرشناسی و همکاری از خانواده را به عنوان یک کل با بیان نیاز به تغییر یا اصلاح در طرحواره‌های نادرست و نامطلوب موجود برانگیزید. این مرحله برای این‌که تغییر عملاً رخ دهد حیاتی است. این مرحله روش تلاش مشارکتی و توأم با همکاری را بین درمانگر و اعضای خانواده جامی‌اندازد.

مرحله پنجم. از ظرفیت خانواده برای تغییر یافتن و راهبردهای برنامه‌ریزی برای تسهیل آنها ارزیابی به عمل آورید. بسیار مهم است که تعیین کنید که یک خانواده چقدر قادر به تغییر کردن است. وابستگی‌ها ممکن است شامل میزان هوش، مهارت‌های مقابله‌ای و سطح مقاومتی که در خانواده وجود دارد و می‌تواند سطح تعادل حیاتی را حفظ کند، است.

مرحله ششم. ایجاد تغییر از طریق استفاده از تجارب مشارکتی و توأم با همکاری، ایده‌های بارش مغزی برای اصلاح باورها و تأکید بر اصلاح نگرش‌ها و باورهای موجود.

مرحله هفتم. عمل کردن به تغییرات و احساس سرحال بودن و خوب بودن. استفاده از تمرین‌های خانوادگی و تکالیف در اجرا کردن تغییرات همیشگی و دایمی ضروری است.

مرحله هشتم. استحکام بخشیدن به تغییرات به عنوان یک وسیله دایمی از طریق تمرین کردن آنها و حفظ انعطاف‌پذیری نسبت به اصلاحات بعدی (داتیلیو، ۲۰۰۳).

در فرایند خانواده درمانی اعضای خانواده به عنوان مشاهده‌گرانی هشیار قادر به تفسیر و ارزشیابی خود خواهند شد. درمانگر اعضای خانواده را در شناخت فرآیندهای تفکر خود یاری می‌دهد. بدین ترتیب اعضای خانواده با رفتارهای خود چالش پیدا می‌کنند و دیدگاه متفاوتی در مورد تفکرات و رفتارهای خود و تأثیر آن بر پویایی‌های خانواده کسب می‌کنند (سیموس، ۲۰۰۲).

هدف‌های درازمدت خانواده درمانی با تأکید بر رویکردهای شناختی - رفتاری عبارتند از:

- ۱- به کارگیری روش‌های شناختی و رفتاری به منظور کاهش اضطراب و استرس
- ۲- مواجهه تدریجی با محرک‌های اضطراب‌زا و استرس‌زا
- ۳- رفع مشکلات زیست - شیمیایی، درون‌فردی و یا هیجانی که موجب بروز نشانه‌های اضطراب و استرس شده‌اند.

۴- آموزش اعضای خانواده در مورد نشانه‌ها، ریشه‌ها و درمان اضطراب و استرس

۵- آماده‌سازی اعضای خانواده به منظور کمک به یکدیگر در جهت کاهش علائم

۶- آموزش اعضای خانواده در مورد بکارگیری روش‌های خاصی به منظور کاهش سطح اضطراب و استرس (یونگسما و داتیلیو،^۱ ۲۰۰۰).

چنان‌که ملاحظه شد خانواده درمانی نوعی روان‌درمانی خانواده است که کارکرد روان‌شناختی خانواده را بهبود می‌بخشد. در خانواده درمانی روش‌های مختلفی برای کمک به بهبود روابط بین اعضای خانواده به کار برده می‌شوند.

از دیدگاه دی زاریلا و گلدفراید^۲ (۱۹۷۱؛ به نقل از کندال، ۲۰۰۰) چهار مفهوم اساسی به عنوان پایه‌های اصلی خانواده درمانی مطرح می‌باشد که عبارتند از:

(۱) الگوی برخورد با نشانه‌های اختلال در خانواده

(۲) چگونگی توجه اعضای خانواده به یکدیگر

(۳) چگونگی رشد مراجع

(۴) عوامل مؤثر بر ادراک اعضای خانواده

در برخی از خانواده‌ها الگوهای انعطاف‌ناپذیر برخورد با نشانه‌های اختلال به تثبیت مشکل و یا ایجاد سایر مشکلات در خانواده منجر می‌شود. گاهی توجه بیش از حد اعضای خانواده به نشانه‌های اختلال موجب تقویت اختلال شده و فرد تمایلی به از بین بردن نشانه‌های اختلال نشان نمی‌دهد و یا توجه اعضای خانواده به فرد دارای اختلال موجب بی‌توجهی به سایر اعضا و ایجاد مشکلات جدید می‌گردد. بنابراین در فرآیند درمان شیوه برخورد با نشانه‌های اختلال از اهمیت بسیاری برخوردار است (زارب، ۱۹۹۲؛ ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۲).

در اثر بکارگیری الگوهای نادرست برخورد با اختلال، تفکر اعضای خانواده به جنبه‌های محدودی از خود و روابط با سایر اعضای خانواده محدود می‌شود و سایر جنبه‌ها نادیده گرفته می‌شود. در فرآیند درمان باید اعضای خانواده را به سوی درک درست جنبه‌های مختلف روابط خانوادگی سوق داد (میکاسی^۳، ۱۹۹۸).

در فرآیند درمان پس از شناخت مفاهیم پیش گفته، راه‌حل‌های جدید برای برخورد با مشکل به اعضای خانواده آموزش داده می‌شود و آنها با به کارگیری روش‌هایی مانند بحث و گفتگو با یکدیگر، مطرح کردن تعارض‌های درونی و کنترل تفکر به بهبود در روابط خانوادگی و حل مشکل مراجع تشویق می‌شوند (خدایاری، ۱۳۸۳).

در روش‌های مبتنی بر رویکرد شناخت رفتار درمانگری بر نقش فرآیندهای شناختی و متغیرهای محیطی در شکل‌گیری و نگهداری اختلالات روانی و درمان آنها تأکید می‌شود. در تمامی این روش‌ها

^۱. Yongsma and Dattilio

^۲. Dzarilla & Goldfried

^۳. Micucci

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، 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، ۲۰۰۳).

مقدمه‌ای بر کایروپراکتیک

در ۱۸ سپتامبر ۱۸۹۵ در ساختمان (رایان)^۴، واقع در ایوا داون پورت^۵، دانیل پالمر^۶ متخصص دکترای مگنتیک هیلینگ^۷ حین تحقیق درباره فیزیولوژی و آناتومی انسان به تنظیم و تطبیق دقیق ستون فقرات^۸ و نتایج فیزیولوژیک حاصل از آن پی برد و دریافت که تنظیم^۹ ستون فقرات توانایی از بین بردن ناهنجاری‌ها را دارد و بدین ترتیب علم کایروپراکتیک پایه‌گذاری شد (گیلو، ۱۹۹۵).

پالمر (۱۸۹۶) نخستین بیمار خود ساموئل اچ وید^{۱۱} را تحت درمان کایروپراکتیک قرارداد و بدین ترتیب استفاده کاربردی از یافته جدید علمی آغاز شد.

واژه کایروپراکتیک از دو کلمه یونانی (کایرو)^{۱۲} به معنای «دست» و (پرکتوس)^{۱۳} به معنای «انجام دادن» گرفته شده است. تحقیقات و عملیات کلینیکی پالمر به عنوان شواهد تجربی جدید نشان داد که هر گونه جابجایی نامناسب ستون فقرات حتی به مقدار کم، سیستم اعصاب مرکزی را تحت الشعاع قرار می‌دهد. واژه کایروپراکتیک به معنای انجام دادن با دست است.

محقق و بنیانگذار علم کایروپراکتیک با استفاده از برداشت جدیدی از واژه ساب لاکشن^{۱۴} آن را برای تخصص کایروپراکتیک به کار گرفت. دویست سال قبل از این که پالمر از این واژه استفاده کند راندول هولمز^{۱۵} (۱۶۸۸) به انواع کایروپراکتیک اشاره کرد ویلیامز^{۱۶} (۱۸۱۸) و بعدها هاریسون^{۱۷}

1. mood
2. behavior
3. Laidlaw, Thompson, Siskin & Thompson
4. Ryan
5. Iowa Davenport
6. Daniel palmer
7. magnetic heeling
8. adjustment (chiro practic manipulation)
9. adjustment
10. Gielow
11. Samuel-H-Weed
12. chiro
13. practos
14. subluxation
15. Randull Holmes
16. Williams
17. Harrison

(۱۸۲۱) ماهیت علائم و نشانه‌های عصبی را مورد بررسی قرار داد و به توصیف اثر کایروپراکتیک بر روی بیماران سیستم عصبی پرداخت.

بی‌جی پالمر^۱ (۱۹۴۳) پسر مؤسس و بنیانگذار کایروپراکتیک در مورد واژه (ساب لاکسشین) چنین گفته است:

این واژه به هرگونه جابجایی که جهت ستون فقرات را تغییر دهد و درد ایجاد کند اطلاق می‌شود.

دردهایی که در اثر (گرفتگی کانال‌های عصبی)^۲ بر سیستم اعصاب مرکزی وارد می‌شود.

فشار روی رگ‌های عصبی.

مشکلاتی که به سیستم رسانه‌های عصبی مرکزی مرتبط می‌شود.

او به این نکته اشاره کرد که هرگونه (ساب لاکسشن) ممکن است کل بدن را تحت الشعاع قرار دهد.

انجمن بین‌المللی کایروپراکتیک^۳ (ICA) (۱۹۹۷) که توسط بی‌جی. پالمر تأسیس شد و با

سابقه‌ترین انجمن کایروپراکتیک در دنیا محسوب می‌شود، ساب لاکسشین را چنین شرح می‌دهد:

هرگونه تغییر بیومکانیکی و دینامیک‌های فیزیولوژی فعال که در ساختار ستون فقرات ممکن

است به اختلالات سیستم اعصاب منتهی شود. این توصیف شبیه توصیف دانشمند و نویسنده دیگری

به نام هم وود^۴ (۱۹۷۹) است که در دانشکده مموریال کایروپراکتیک کانادا^۵ بر روی این بیماری‌ها

تحقیق می‌کرد. وی به این مطلب اشاره کرد که هرگونه جابجایی ستون فقرات که تغییرات آناتومیکی

یا فیزیولوژیکی را ایجاد کند ممکن است در ساختار سیستماتیک بدن اختلالاتی را به وجود آورد.

در این رابطه بعدها هم وود (۱۹۷۹) به تأثیر جابجایی ساختار ستون فقرات و دردهای بافت

ماهیچه‌ای اشاره کرد.

کاربردهای کلینیکی توسط محققان با دنبال کردن استراتژی کنترل کمر درد در مقایسه با

روش‌های درمانی دیگر بررسی شد و نتایج مثبتی در برداشت، دیرمید^۶، بوون^۷ و فرانک^۸ به مقایسه

کنترل دردهای ناحیه پشت اشاره کردند و به این نتیجه رسیدند که در مدت سه سال بیماران تحت

درمان کایروپراکتیک در مقایسه با بیماران تحت درمان پزشکی^۹ نتایج به مراتب مناسب‌تر و

^۱. B.J Palmer

^۲. stenosis

^۳. International Chiropractic Association

^۴. Homewood

^۵. Canadian memorial chiropractic college

^۶. Dyermeade

^۷. Boowen

^۸. Frank

^۹. allopathic medicine

درازمدت‌تری را دریافت کردند. مطالعه جامع ویک^۱ (۱۹۸۸)، براساس آمارهای به دست آمده توسط انجمن کنترل درد ستون فقرات در فلوریدا^۲ به نتیجه نهایی رسید و او دریافت، کل هزینه مراقبت برای هر بیمار ۸۳/۰۳ درصد کمتر از سایر بیماران تحت نظر متخصصان روش‌های دیگر بود. کنترل ناراحتی‌های استخوانی و ماهیچه‌ای به ویژه کنترل درد ناحیه پشت در سیستم کایروپراکتیک با سیستم‌های دیگر مقایسه شد و نتایج آن در مقالات ایالت متحده، کانادا و انگلیس منتشر شد. روند مقایسه در اغلب موارد قابل تکرار است.

مجموعه جابه‌جایی‌های ستون فقرات (VSC)^۳ شامل عناصر اصلی زیر می‌شود:

در بخش کارکردی آسیب‌شناسی کینزیولوژی^۴ و واکنش‌های تورم، چهار عنصر بافت سطحی شامل (عصب، ماهیچه، بافت‌های ارتباطی و جریان‌ات عصبی)، یک عنصر ساختاری هیستوپاتولوژی^۵، یک عنصر بیوشیمی و یک عنصر آسیب‌شناسی کینزیولوژی با اشاره بر انحراف از بیومکانیک‌های ستون فقرات دارد. ویلیامز^۶ (۱۹۹۸) اظهار کرد واکنش تورم، فرایندی است که به تمامی بافت‌های جراحی دیده بدن اشاره دارد. هر بافت و عنصر آن به واسطه هیستوپاتولوژی و فرایند زایشی مشخص و الگوی هیستوپاتولوژی آن مطالعه و بررسی می‌شود. توصیف سیستم عصبی توصیف کاملی است از معماری و ساختار سلولی طبیعی بدن. عنصر بیوشیمی به دینامیک‌های بافت ارتباطی و فرایند تورم مرتبط است. سایر جنبه‌های بیوشیمی موارد خاص استفاده از دارو و تغذیه و هورمون‌ها را شامل می‌شود. تأثیرات سیستم عصبی هم باید شامل مجموعه‌ای از بررسی‌ها و تحقیقات آزمایشگاهی بر روی تاندون‌ها، مفاصل و بافت‌های محافظتی و مسایل و مشکلات مربوط به ستون فقرات باشد.

تشخیص کایروپراکتیک

مطابق استانداردها و روند اتیکال انجمن بین‌المللی کایروپراکتیک (ICA) تشخیص جابه‌جایی ستون فقرات و کدهای اصلی بررسی می‌شود. مسئولیت اصلی نظارت بر پزشکان کایروپراکتیک را که بر روی فرایند تشخیص ستون فقرات مطالعه می‌کنند و به مراقبت‌های حرفه‌ای نیاز دارند را به عهده دارد. به ویژه کایروپراکتورها بر روی معاینات کامل ماهیچه‌ها و استخوان‌های بدن از لحاظ عملکردی، عصبی و سایر بخش‌های مهم تحقیق می‌کنند و مسئولیت اجرای درمان ستون فقرات را بر

^۱. Waik

^۲. U.S Department of health & Human Services

^۳. vertebral subluxation Complex

^۴. Kinesiopathology

^۵. histopathology

^۶. Williams

عهده دارند. ستون فقرات از طریق اشعه ایکس^۱ قابل بررسی، شناسایی و تحلیل است (ویلیامز، ۱۹۹۸).

بویژه در ناحیه‌ای که ستون فقرات جابجا شده است عنصر مکانیکی (VSC) به لحاظ کمی و کیفی از طریق مطالعه (اشعه ایکس) قابل بررسی و مشاهده است. تست پتانسیل حس پیکری^۲ (SSEP) در معاینات کلینیکی مانند تست‌های ارتوپدی، عصب‌شناسی دنبال شد و تغییرات مشابه مورد بررسی قرار گرفت و نتایج بدست آمده از (SSEP) قابل مقایسه با نتایج جراحی بود. ام.آر.آی (MRI)^۳ و ای.ام.جی (EMG)^۴ تکنولوژی دیگری است که توانایی مشاهده تخریب و تأثیرات را بر عملکردهای ستون فقرات فراهم می‌کند و ام.آر.آی عملکردی (FMRI)^۵ نیز می‌تواند تکنولوژی سودمندی برای ثبت تأثیرات کایروپراکتیک بر عملکرد مغز باشد (ویلیامز، ۱۹۹۸).

تنظیم و تطبیق ستون فقرات در کایروپراکتیک

تنظیم و تطبیق ستون فقرات و اتصالات ستون فقرات جابجا شده، هدف اصلی است. تنظیم و تطبیق ستون فقرات جهت یابی شده ناحیه ستون فقرات و ساختارهای مرتبط به آن می‌تواند هر گونه جابجایی نادرست را تنظیم نماید. تنظیم و تطبیق انجام شده در این رابطه بر روی مشکلات بیومکانیکی سیستم بدن انجام می‌شود که با تکنیک‌های مربوط به کایروپراکتیک و روش‌های مربوط به آن دنبال و اجرا می‌شود.

اهداف خاص کایروپراکتیک عمدتاً شامل: چرخه فعال درمان فعالیت عضلات اطراف ستون مهره‌ها، گرفتگی مفاصل و افزایش حساسیت به درد و القاء سیستم عصبی بیش‌فعالی که ناشی از جابه‌جایی‌های مهره است. هدف کلی برداشتن و زایل کردن هر گونه اختلال در ستون فقرات و بهبود کل بدن است.

مراقبت از ستون فقرات

هدف اصلی روند مراقبت از ستون فقرات برای بازیابی و بازسازی است که به کل سیستم عصبی بدن برای نیل به تعادل ساختاری مرتبط است. پزشکان کایروپراکتیک به ایجاد برقراری ارتباط با بیمار می‌اندیشند و از تکنولوژی حاصل برای ارزیابی استفاده می‌کنند. آنها به آشکارسازی هرگونه انحراف

^۱ X Ray

^۲ somato sensory evoked potential testing

^۳ Magnetic Resonance Imaging

^۴ Electro Myography & Nerve Conduction Velocity Study

^۵ Functional Magnetic Resonance Imaging

از حالت عادی به حالت غیرعادی می‌پردازند و ارزیابی‌های لازم و مربوط به کایروپراکتیک انجام می‌دهند. پزشکان کایروپراکتیک به طرح‌ریزی مراقبتی می‌پردازند که هدف آن تطبیق ستون فقرات به دلیل جابجایی‌های ایجاد شده است. سپس بر اساس تشخیص روند توانبخشی ارگونومیک^۱ را در مورد بهداشت و مراقبت از ستون فقرات^۲ دنبال می‌کنند (ویلیامز، ۱۹۹۸).

نتیجه

این تاریخچه کوتاه نشان دهنده آن است که کایروپراکتیک یک پیشرفت بسیار عظیم در جهت فراهم کردن یک سرویس مراقبت سلامتی بی‌نظیر و مؤثر و قابل اعتماد برای جمعیت جهان بوده است. هدف از این مقدمه شروعی بر بررسی و مطالعه انواع بیماران کایروپراکتیک است و این هدف در تمام دنیا توسط خدمات مراقبت از سلامتی دنبال می‌شود.

استاندارد کردن آموزش کایروپراکتیک عامل مهم و مؤثری در تشخیص به حساب می‌آید و خدمات مراقبت از سلامتی توسط نمایندگی‌های دولتی در دنیا دنبال می‌شود. کایروپراکتیک توسط کلیه افرادی که براساس اعتبار روش‌های ارائه شده به تحقیق در این مورد می‌پردازند، قابل قبول است. در نهایت فاکتورهای زیادی در این رابطه ارائه شده که همگی آنها به رضایت بیماران می‌انجامد. امروزه تلاش‌های بسیاری در خصوص ایجاد فرصت برای بهبود وضعیت بیمار و برآوردن نیازهای بیماران در محیطی کاملاً بهداشتی و سالم انجام شده است. هدف از این تحقیق ایجاد مراقبت از سلامتی زنان، مردان و کودکان سراسر دنیا بدون توجه به وضعیت و شرایط مالی، اجتماعی آنها می‌باشد. روح تحقیق ما دستیابی به این هدف است.

تحقیقات انجام شده در زمینه کایروپراکتیک

پژوهش‌های هیأت ملی آموزش کایروپراکتیک^۳ (NBCE) شامل ارائه نقطه نظرات، گزارش‌ها و مقالات پژوهشی در زمینه مراقبت از ستون فقرات می‌باشد تا براساس این تحقیقات بتوان به بررسی شواهد تجربی این مراقبت‌ها و عملکرد کایروپراکتیک پرداخته شود.

^۱. ergonomic

^۲. spinal hygiene

^۳. National Board of chiropractic examiners

قابلیت‌های کایروپراکتیک

ارزیابی در خصوص کایروپراکتیک توسط (NBCEK، ۲۰۰۳) نشان داد که مشکل اصلی بیماران کایروپراکتیک شامل موارد زیر است:

- دردهای ناحیه کمری و لگنی، ۲۳/۶ درصد.
- درد گردن، ۱۸/۷ درصد.
- سردرد یا درد صورت، ۱۲/۵ درصد.
- درد ناحیه پشت، ۱۱/۵ درصد.
- درد اندام تحتانی، ۸/۸ درصد.
- درد اندام فوقانی، ۸/۳ درصد.
- مراقبت‌های سلامتی، ۸/۵ درصد.

در این تحقیقات همانطور که نشان داده خواهد شد براین مسئله تأکید می‌شود که کایروپراکتیک دارای قابلیت لازم برای معالجه و درمان می‌باشد. از این‌رو با خطر کم، هزینه پایین و توجه به علائم و نشانه‌ها به درمان اقدام می‌شود.

مطالعه اخیر توسط دکترای پزشکی و دکترای کایروپراکتور اذعان دارد که کایروپراکتور به عنوان فرد مراقبت کننده اولیه^۱ به کار گرفته می‌شود. با انتشار مقاله‌ای در مجله (J.M.P.T)^۲ (۲۰۰۴) و دردهای ستون فقرات به قلم سارنات^۳ و نیتراشتین^۴ (۲۰۰۴) محققان شبکه مراقبت‌های کنترل شده به پاره‌ای از مطالب توجه شد. در این بررسی که چهار سال به طول انجامید (۲۰۰۳-۱۹۹۹) سازمان پزشکی (IPA)^۵ با سازمان حفظ و مراقبت سلامتی (HMO)^۶ در شیکاگو قراردادی منعقد کرد. نتایج نشان داد که کایروپراکتورها به عنوان مراقبت کننده اولیه فیزیکی^۷ هستند که مراقبت‌های اولیه بیماران را در مقایسه با مراقبت‌های فرضی که توسط پزشکان و متخصصان استخوان^۸ انجام می‌شود و با هزینه‌های کمتری انجام دادند.

در مدت بیش از ۴ سال در مقایسه با بیمارانی که از طریق مراقبت‌های اولیه بیماران بوسیله پزشک‌ها^۹ معالجه شدند، با مراقبت‌های اولیه بیماران کایروپراکتور نتایج زیر را اعلان کرد:

^۱ . chiropractic Primary care physician
^۲ . Journal of Manipulative and physiological Therapeutics
^۳ . Sarnat
^۴ . Winterstein
^۵ . international Physicians Association
^۶ . health maintenance organization
^۷ . primary care physician
^۸ . osteopaths
^۹ . medical P.C.P

- ۴۳/۵ درصد کاهش در بخش پذیرش بیمارستان.
- ۸۵/۴ درصد کاهش در روزهای اقامت در بیمارستان.
- ۴۳/۲ درصد کاهش در جراحی‌های سرپایی و سایر روش‌ها.
- ۵۱/۸ درصد کاهش هزینه‌های دارویی.
- بالا رفتن میزان رضایت بیماران.

پژوهشگران به این مسئله مهم اشاره کردند که جهت یابی این فرایند بدون نیاز به عمل جراحی با کیفیت بالای سایر مراقبت‌ها، هزینه‌ها را تا حد زیادی کاهش می‌دهد. این نتایج با کاهش میزان دستیابی به مراقبت‌ها به دست نیامده بلکه با افزایش تأثیر مراقبت‌های اولیه کایروپراکتیکی بر روی بهبود بیماری حاصل شده است.

در ۱۰ سال گذشته پژوهش‌هایی در مورد قابلیت و تأثیرات مثبت درمان کایروپراکتیک انجام شده است. مجله "JMPT" مجله علمی است که ۱۷ سال پیش منتشر شد و به بررسی دردهای ستون فقرات اشاره داشت. بیش از ۱۰ مجله دیگر در آمریکای شمالی چاپ و منتشر شد که تعداد زیادی از مقالات آنها به آزمایش‌های کنترل شده درمان بوسیله تنظیم و تطبیق ستون فقرات (SMT)^۱ و نقش اساسی آن در درمان ناحیه پشت، گردن و سر اشاره داشته است. آزمایشات تصادفی کنترل شده (RCT)^۲ در مورد بیمارانی انجام شد که به صورت تصادفی برای یک تحقیق علمی انتخاب شده بودند و این گروه‌ها همان گروه درمان یا گروه کنترل بودند که پروسه کاهش درد بر روی آنها انجام می‌شد. در بسیاری از این پژوهش‌ها افراد زیادی مورد تحقیق قرار گرفتند. این مفهوم نیازمند بررسی و مطالعه بیشتر بر روی بیماران مراقبت شده است، چرا که این گروه یک گروه تصادفی کنترل شده بوده و هیچ‌گونه تعصب و جانبداری در مورد آنها صورت نگرفته است. با رشد و توسعه استفاده از (RCT) مراقبت کایروپراکتور و سایر مطالعات تأثیرات درمان کایروپراکتیک بیشتر و بهتر به اثبات می‌رسد (مک لند^۳، ۲۰۰۰، روزنر^۴، ۲۰۰۱، به نقل از میکر و هالدمن^۵، ۲۰۰۲).

مجله (JAMA)^۶ مقالاتی را پیرامون موضوع علم کایروپراکتیک منتشر کرد. علاوه بر این جمع‌بندی ارزیابی و موارد مربوط به این مجله (۱۹۹۸) نشان داد که حدود ۱۱۷ مدرسه عالی پزشکی به ۶۴ درصد از اشکال مختلف مراقبتی و دستورالعمل‌های پزشکی پاسخ گفته‌اند، از این رو لازم است چنین دوره‌های آموزشی در این مدارس گذاشته شود. اخیراً با رشد و توسعه پذیرش (CAM)^۷

^۱ . Spinal Manipulative Therapy

^۲ . randomized controlled trials. (Dyer Meade , Boowen , Frank , Townsend)

^۳ . Mcclland

^۴ . Rosner

^۵ . Meeker & Haldman

^۶ . The Journal of the American Medical Association

^۷ . Complementary alternative medicine

مراقبت‌های انجام شده در مورد ستون فقرات به موضوع سرمایه‌گذاری برای تحقیقات تأکید شده است. (NCCAM)^۱ در رابطه با این تحقیقات بودجه زیادی بالغ بر ۷۷/۸ میلیون دلار هزینه کرد. برآورد می‌شود تا سال ۲۰۰۵ با گسترش مراکز متعدد برای پیگیری برنامه‌های آموزشی این مبلغ تا ۱۲۱ میلیون دلار افزایش یابد. علاوه بر این شواهد رشد و توسعه قابلیت درمان ستون فقرات و اهمیت چنین تحقیقی توسط کنگره ایالات متحده تأکید شد (میکر^۲، ۲۰۰۰).

درمان کایروپراکتیک در زمینه درد پشت

پالمیری^۳ و اسمویاک^۴ (۲۰۰۲) با بررسی بر روی تحقیقاتی که چرکین، دیو، هارت^۵ (۲۰۰۰) و (۱۹۹۹) انجام دادند بر این مسئله اشاره کردند که ۶۰ تا ۸۰ درصد جمعیت ایالات متحده آمریکا مبتلا به دردهای ناحیه کمر می‌باشند و ۲۰ تا ۵۰ میلیون دلار در هر سال هزینه کرده‌اند. بسیاری از مطالعات طی سالیان متمادی بر این مسئله اشاره داشت که درد ناحیه پشت دردی ناشناخته است و از اینرو به افرادی نیاز دارد که از سلامتی آن مراقبت نمایند.

ولسکا^۶ و همکاران (۲۰۰۳) تحقیقی انجام دادند و این تحقیق دوبار (۱۹۹۷) و (۱۹۹۸) به صورت تماس‌های تلفنی و پرسش‌نامه با ۲,۵۵۵ پاسخ دهنده انجام شد. ۳۳ درصد دردهای گزارش شده در ناحیه پشت، گردن و کمر یا ترکیب هر دو در طول یک سال گذشته بود. گزارش ارائه شده در مورد درد شامل درمان‌های تکمیلی بود. عمدتاً ۲۰ درصد بیماران نیاز به مراقبت در ناحیه ستون فقرات داشتند. در اصل عموم بیماران که در ناحیه پشت درد داشتند توسط پزشکان کایروپراکتیک درمان شدند. دو سوم بیماران به نتیجه بسیار مفیدی رسیدند و درد آنها درمان شد و فقط یک چهارم آنها به مراقبت‌های پزشکی بیشتری نیاز داشتند.

اسکارژن^۷ و ابرگ^۸ (۱۹۹۸) آزمایشات تصادفی خود را بر روی ۳۲۳ بیمار ۱۸ تا ۶۰ ساله دنبال کردند که در ناحیه پشت درد داشتند. یکی از گروه‌ها با تنظیم و تطبیق ستون فقرات^۹ (SMT) و گروه دیگر با فیزیوتراپی درمان شدند، تحقیقات با مراقبت‌های اولیه بر روی اکثر بیماران دنبال شد. اکثر بیماران از کشور سوئد بودند و از طرف پزشکان عمومی ارجاع شده بودند. درمان ۱۲ ماهه در مورد

۱. The National center for complementary and alternative medicine

۲. Meeker

۳. Pulmieri

۴. Smoyak

۵. Cherkin, Deyo, Hart

۶. Wolska

۷. Skargren

۸. Oberg

۹. Spinal manipulative therapy

یک گروه با استفاده از داروهای ضد درد با نتایج مثبت انجام شد، مسئله در مورد بیمارانی بود که دارای مشکلات پیچیده در ناحیه پشت بودند. از این‌رو برای این بیماران مراقبت‌های درمانی و فیزیوتراپی انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که کایروپراکتیک با هزینه کمتر موفق‌تر عمل کرده است. در مورد کایروپراکتیک شیکل^۱ و کالتر^۲ (۱۹۹۷) در ایالات متحده و کانادا بر روی ۱۳۱ بیمار تحقیق کردند و به بررسی ۱۰ رکورد پزشکی برای ۱۳۱۰ بیمار با بیماری کمر درد پرداختند. هدف از مطالعه تعیین این بود که تصمیماتی در زمینه استفاده از کایروپراکتیک و تنظیم و تطبیق ستون فقرات برای کمر درد گرفته شود. در مطالعه نزدیک به نیمی از موارد با شرایط مشخص درمان شدند و یک چهارم افراد اظهار کردند که مطمئن نیستند درمان شده‌اند و در درمان خود شک داشتند و حدود ۲۹٪ در شرایط نامشخص درمان شدند. پس از ارزیابی اولیه، محققین نتایج حاصل را مشابه درصد به کارگیری سایر روش‌های جراحی یافتند. همچنین پژوهشگران به بررسی شاخص مناسب درمان در ناحیه پشت روش‌های عملی‌تر را بررسی کردند. در مجموع درمان کایروپراکتیک بسیار منطقی‌تر و مطلوب‌تر از سایر روش‌ها اعلام شد.

آندرسون^۳ و همکارانش (۱۹۹۹) به مقایسه تنظیم و تطبیق ستون فقرات و روش‌های دارویی پزشکی برای بیمارانی که در ناحیه پشت درد داشتند پرداختند. بررسی بر روی ۱۵۵ بیمار در دو گروه به طور تصادفی انجام شد و تحقیق ۱۲ هفته به طول انجامید. تکنیک‌های تنظیم و تطبیق ستون فقرات برای گروه درمانی تنظیم و تطبیق ستون فقرات انجام شد و مسایل مهمی چون انرژی، نیروی ماهیچه‌ها، جریان هوا و موارد دیگر مانند وضعیت ریه‌ها و غیره بررسی شد. در گروه مراقبت استاندارد از داروهای ضد التهابی، ایپوبروفن، ناپروکسن، پیروکسیکام و بسیاری از داروهای دیگر مثل آسپرین، کدین و اکسیدان استفاده شد. هر گروه بعد از ۱۲ هفته بهبود یافتند که البته بدون هیچ‌گونه تغییر در نحوه زندگی افراد بود، که در گروه تنظیم و تطبیق ستون فقرات بیمارانی نیاز کمتری به دارو برای کاهش درد داشتند و لازم به ذکر است که درمان ستون فقرات با داروهای ضد تورم اثرات مضر جدی را به دنبال دارد.

همچنین گیلز^۴ و مولر^۵ (۲۰۰۳) نتایج تحقیق خود را در مورد دردهای مزمن ستون فقرات با استفاده از داروهای ضد تورم و طب سوزنی و نیز درمان کایروپراکتیک ارائه کردند. مطالعات بر روی ۷۷ بیمار با سن بالای ۱۸ سال که کمتر از ۱۳ هفته از درد ستون فقرات رنج می‌بردند انجام شد. این بیماران به طور تصادفی به سه گروه طبقه‌بندی شدند و ۶ درمان ۲۰ دقیقه‌ای را در مدت چهار هفته

1. Shekel

2. Coulter

3. Anderson

4. Giles

5. Muller

دریافت کردند. ۳/۵ درصد کاهش درد با درمان اوسوستریندکس^۱ (OSD) و ۸/۵ درصد کاهش با درمان کایروپراکتیک، در ضمن (مقیاس آنالوگ بصری)^۲ (VAS) نشان دهنده کاهش شدت درد در گروه کایروپراکتیک بود.

همچنین نتایج (VAS) نشان داد که شدت درد در دو گروه تنظیم و تطبیق ستون فقرات در نواحی گردن ۳۳/۳ درصد، پشت ۴۰ درصد، کمر ۵۰ درصد کاهش داشته است. در عین حال در این سه گروه، کمترین ارجاع مریض از یک گروه به گروه دیگر مربوط به بیماران روش کایروپراکتیک بود. محققین به این نتیجه رسیدند که در اکثر روش‌های درمانی مهم انجام شده بر روی ستون فقرات درمان کایروپراکتیک تأثیر بیشتری بر روی بهبود ستون فقرات داشت. این در حالی بود که ۲۲ درصد در گروه تنظیم و تطبیق ستون فقرات، ۶۰ درصد در گروه طب سوزنی و ۶۲ درصد گروه دارویی نیاز به تغییر گروه خود داشتند.

مک مورلند^۳ و سوتر^۴ (۲۰۰۰) مطالعاتی انجام دادند که عملیات درمانی بر روی ستون فقرات را نشان می‌داد. آنها به مطالعه ۱۱۹ بیمار دارای درد کمر و درد گردن پرداختند. ۵۸ بیمار مبتلا به بیماری درد در ناحیه کمر و ۶۱ بیمار دارای درد بودند. به مدت چهار هفته این درمان ادامه داشت. درمان کایروپراکتیک، ماساژ و دستورالعمل‌های منزل و بازگشت به سطح فعالیت گذشته بر روی بیماری ستون فقرات و سایر ناتوانایی‌ها با تکنیک‌های بافت نرم انجام شد. در گروهی که کمر درد داشتند ۵۲/۵ درصد کاهش درد و ۵۲/۹ درصد کاهش ناتوانی^۵ را تجربه کردند و از آنهایی که در ناحیه گردن درد داشتند ۵۳/۸ درصد کاهش درد و در مشکلات دیگر ۴۸/۱۴ درصد کاهش درد گزارش شد. محققین به این نتیجه رسیدند که کایروپراکتیک موجب بهبود درد گردن و درد پشت می‌شود.

در مطالعه انجام شده توسط گودوین، هاس و نیندو^۶ در مناطق ارگون^۷ و پارتلند^۸ پیامدهای یک ماهه برای بیمارانی که در ناحیه کمر درد داشتند با استفاده از داروی ضد تورم گزارش شد. مراقبت برای بیمارانی که درد مزمن داشتند به مدت یک ماه ادامه یافت و درمان به طور جدی دنبال شد. در این مطالعه ۳۳ پزشک عمومی و متخصص و ۴۵ کایروپراکتور حضور داشتند که متخصصین ۴۵ بیمار (یک ویزیت) و کایروپراکتورها ۹۳ بیمار (چهار ویزیت) داشتند. طبق نتیجه این تحقیق که بر روی

۱. Oswestryindex

۲. visual analogue scale

۳. Mcmorland

۴. Suter

۵. disability

۶. Goodwin , Hass , Nyiendo

۷. Oregon

۸. Portland

(VAS) انجام می‌شد، کایروپراکتورها ۵ برابر موفق‌تر بودند. با توجه به مشکلات احتمالی روان‌شناسی که گودین و همکارانش به آن اشاره کردند و مطالعاتی که توسط هرتزمن میلر^۱ و همکاران (۲۰۰۲) انجام شد مسئله رضایت از درمان در ناحیه پشت در مورد هر دو تحقیق گزارش شد. در این مطالعه به چند سؤال عمده پاسخ داده شده است:

۱. آیا بیماران از درمان درد در ناحیه پشت خود راضی هستند؟
 ۲. آیا کایروپراکتورها اطلاعات لازم را بیشتر از پزشکان در اختیار بیمار می‌گذارند؟
 ۳. آیا اختلافات مطرح شده موجب رضایت بیمار از درمان شده است؟
- محققین به بررسی نتایج پرداختند. در این ارزیابی بیماران پس از چهار هفته درمان، رضایت خود را اعلام نمودند و اطلاعات و توجهات زیادی را از کایروپراکتورها در این رابطه دریافت کردند. این برقراری ارتباط با بیمار نقش فعال و مهمی در رضایت او دارد.
- اسمویاک و پالمیری^۲ (۲۰۰۲) به بررسی تأثیر درمان منیپولیشن تحت بیهوشی (MUA)^۳ پرداختند. تعداد بیماران مطالعه شده محدود بود (۸۷ نفر). گروه بیماران غیر (MUA) و گروهی که عملاً در مورد آنها (MUA) به کار گرفته شد انتخاب شدند و یک گروه ۵۰ درصد در درجه‌بندی بهبود شماره‌ای و ۵۱ درصد (روی پرسش‌ها) بهبود داشتند. بیماران در گروه (MUA) پیامدهای بهتری را برای کایروپراکتیک در مقایسه با گروه غیر (MUA) گزارش کردند. هر چند تعدادی از بیماران و افرادی که انتخاب شدند پیامد بهتری را گزارش کردند. محققین معتقدند مقیاس جامع‌تری از مطالعات (MUA) توصیه‌های کلینیکی مثبت را برای (MUA) نشان می‌دهد.
- گیلز و مولر (۲۰۰۳) آزمایش تصادفی کنترل شده دیگری را برای ارزیابی قابلیت درمان درد ناحیه پشت گزارش دادند. بیماران مراقبت‌های لازم را برای درد ناحیه پشت دریافت کردند و نتایج به قرار زیر اعلان شد:

- ۵۰ درصد بازیابی و بهبود در شاخص عدم توانایی درد در ناحیه پشت^۴.
- ۳۸ درصد بازیابی و بهبود در شاخص عدم توانایی درد در ناحیه گردن^۵.
- ۴۷ درصد بازیابی و بهبود برای ۳۶ درصد پرسشنامه به دست آمده درخصوص ارزیابی سلامتی.
- ۵۰ درصد بازیابی و بهبود در خصوص مقیاس (VAS) بیماری درد پشت.
- ۳۸ درصد درمان ناحیه انتهای کمر حین خم شدن در حالت ایستاده.
- ۲۰ درصد بازیابی و درمان ناحیه کمر حین خم شدن در حالت نشسته.

^۱ . Hertzmun-miller

^۲ . Smoyak & palmieiri

^۳ . Manipulation Under Anesthesia

^۴ . oswestry back pain disabilityindex

^۵ . neck disability index

- ۲۵ درصد درمان بیماری دردهای گردن حین خم شدن در حالت نشسته.
- ۱۸ درصد درمان بیماری دردهای گردن حین صاف شدن در حالت نشسته.

گرچه یافته‌ها، نتایج کوتاه مدتی را نشان می‌دهد، اما آنچه مهم است بلند مدت بودن زمان درمان می‌باشد. در ۲۷ درصد بیماران ظرف مدت ۹ هفته درد شناسایی و درمان شد و نتایج به دست آمده نشان داد که ۴۷ درصد بیماران به طور کامل درمان شدند و ۱۵ تا ۱۸ درصد با دارو درمان شدند. آور^۱ و همکاران (۲۰۰۲) به مقایسه تأثیرات درمان درد ناحیه پشت با تمرینات ورزشی پرداختند. آزمایش روی ۴۹ بیمار انجام شد که بطور تصادفی انتخاب شده بودند و ظرف مدت ۶ ماه و در بعضی مواقع یک ماه درمان را کامل کردند. پس از مدت دو ماه درمان ۶۷ درصد گروه درمان به سرکار خود برگشتند و ۲۷ درصد گروه درمان تمرینات ورزشی را انجام دادند.

فریرا^۲ و همکاران (۲۰۰۳) به فراتحلیل برای بررسی قابلیت آزمایش‌های انجام شده بر روی دردهای ناحیه پشت پرداختند و این تحلیل را سه ماه دنبال کردند. محققین بر روی ۳۴ مقاله تحقیق کردند و قابلیت مقایسه‌ای (SMT) را مطرح کردند که (SMT) را با انواع دیگر درمان درد پشت که شامل تمرین، فیزیوتراپی و مراقبت‌های پزشکی بود مقایسه کردند که به نظر نتایجی مشابه در چهار هفته اول می‌دهند. به‌طور کلی قابلیت درمان ناحیه پشت، تطبیق و تنظیم مفاصل و ستون فقرات یا کایروپراکتیک، الکترودرمانی و غیره بررسی شد.

نی‌میستو^۳ و همکاران (۲۰۰۳) قابلیت درمان، ورزش‌های ثابت‌سازی، مشاوره بیمار با پزشک در مورد دردهای ناحیه پشت مزمن را مورد بررسی قرار دادند. در (ODI)^۴ ۱۶ درصد تصادفی بود که درمان کایروپراکتیک آنها با چهار جلسه تمرین بود و پس از بررسی نتایج بسیار رضایت بخش بدست آمد. پس از ۱۲ ماه قسمت کایروپراکتیک بسیار موفق بود که نمایانگر توانایی درمان دردهای مزمن توسط کایروپراکتیک است.

یک مطالعه انجام شده توسط گلدبرگ، هس و آیکین^۵ (۲۰۰۴) نشان داد که درمان و مراقبت‌های درد ناحیه پشت مؤثر بوده است. در آزمایشات به عمل آمده بر روی ۲۸۷۰ بیمار در ۶۰ کلینیک به مدت دو سال نتایج خوبی گزارش شد و همه نتایج مثبت اعلام شد. پاره‌ای بیماران ظرف مدت یک دوره دو ساله به طور کامل درمان شدند. بیماران در دو گروه ثبت نام شدند و درمان مشابه را دریافت کردند. دو گروه از بیماران و افراد ناتوان به طور کامل درمان شدند و درد آنها ظرف مدت سه ماه بهبود یافت و درمان برای مدت ۱۲ ماه ادامه یافت. میانگین (VAS) (مقیاس آنالوگ بصری) نمرات

1 . Aure

2 . Ferreira

3 . Niemisto

4 . Oswestry Disability Index

5 . Goldberg , Haas , Aickin

۱۲/۲ را برای بیماران ستون فقرات با کمردرد مزمن^۱ (LBP) در مدت یک ماه درمان و نمرات ۱۰/۵ برای سه ماه مراقبت گزارش داده شد. نتایج پس از پایان سال اول ثابت کرد که نتایج کایروپراکتیک نسبت به سایر روش‌های علوم پزشکی مزیت‌های قابل توجهی داشته است.

درمان کایروپراکتیک در زمینه درد گردن

درد گردن یکی از رایج‌ترین و معضل‌ترین بیماری‌ها در ایالت متحده به حساب می‌آید. هاربر، مورگن اشترن و هارویتس^۲ (۲۰۰۲) بر روی ۵۰ تا ۷۰ بیمار در ایالات متحده که مشکل درد گردن داشتند و بیش از چهار ماه را رنج می‌بردند مطالعه کردند.

ایوانز^۳ و برانفورت^۴ (۲۰۰۱) گزارش کردند که درصد کمی از بیماران (۲۰-۱۰ درصد) و اغلب مراجعین به کایروپراکتیک در درجه اول با درد پشت مراجعه می‌کنند و از درد گردن رنج می‌برند و این گردن درد معمولاً مزمن می‌باشد. گر^۵ (۱۹۹۹) گزارش داد که یک سوم بیماران معمولاً به دلیل درد زیاد گردن و ناتوانایی کار خود را از دست داده‌اند و تحت مراقبت و درمان کایروپراکتیک قرار گرفته‌اند. طی یک پروژه تحقیقاتی تأثیرات کایروپراکتیک برای مراقبت گردن مشخص شد و تلاش‌ها برای شناساندن این درمان به جامعه ادامه دارد و دلایل فیزیولوژیکی گردن دردها به اثبات رسیدند و تنظیم و تطبیق ستون فقرات کایروپراکتیک را برای درمان آنها بسیار مؤثر دانسته‌اند. در یک مقاله که توسط شیکل^۶ و کالتر^۷ (۱۹۹۷) منتشر شد، توانایی درمان کایروپراکتیک برای سردرد و دردهای ناحیه گردن گزارش شد. شواهد نشان می‌دهد که درمان ستون فقرات در درمان درد گردن بسیار مؤثر است. هاس - برونفورت^۸ (۲۰۰۴) توصیه‌های زیادی را در مورد استفاده از "Mob - SMT"^۹ برای درمان درد گردن مطرح کردند. میکر و هالدمن^{۱۰} (۲۰۰۲) تمرینات ورزشی را برای درمان درد مؤثر دانستند. در تعداد زیادی از مطالعات بالا بردن حرکت برای درمان گردن نیز توصیه شد. گرچه گراس هاوینگ^{۱۱} (۲۰۰۱) اعلام کرد که در میان مطالعات اخیر هماهنگی وجود ندارد اما درمان

¹ . Low back pain

² . Harber , Morgenstern & Hurwitz

³ . Evans

⁴ . Bronfort

⁵ . Gore

⁶ . Shekelle

⁷ . Coulter

⁸ . Haas-Bronfort

⁹ . Mobilization

¹⁰ . Meeker & Haldemun

¹¹ . Gross Hoving

درد ناحیه پشت بسیار مؤثر و مثبت بوده است. در واقع هالدمن (۲۰۰۳) تأثیر انجام حرکات ورزشی مناسب را در کاهش درد تأیید نمود.

ایوانز و برانفورت (۲۰۰۱) به مطالعه ۱۹۱ بیمار پرداختند و بیماران ۲۰ جلسه درمان در مدت ۱۱ هفته دریافت کردند. بیماران به طور تصادفی انتخاب شدند و تمرینات توانبخشی لازم با تکنیک (MEDX) بر روی آنها انجام شد. پس از ۱۱ هفته، درمان نتیجه داد. در این تحقیق نتیجه بدست آمده از گروهی که همراه کایروپراکتیک توسط ویتینگهم و نیلسون^۱ (۲۰۰۲) تنظیم و تطبیق ستون فقرات دریافت کردند بسیار رضایت بخش تر از گروهی بود که صرفاً بدون کایروپراکتیک درمان شدند. ویتینگهم و نیلسون در خصوص تأثیرات تنظیم و تطبیق ستون فقرات برای دامنه‌های حرکتی گردن تأکید داشتند. این آزمایش تصادفی در ملبورن استرالیا انجام شد. در این آزمایش ۱۰۵ بیمار مورد تحقیق قرار گرفتند که چهار و یا پنج روز در هر ماه و به مدت شش ماه سردرد داشتند، این بیماران سردرد ممتد به دلیل حرکت‌های گردنی را اعلام کردند در این رابطه سابقه ترومای گردن و یا سر گزارش شد. آنها مطالعات خود را در چهار مرحله ادامه دادند و هر دو گروه به صورت اتفاقی انتخاب شدند، مرحله اول مشاهدات سه هفته‌ای برای دو گروه بود. طی مرحله دوم به گروه یک، سه بار در هفته منیپولیشن خیالی^۲ ارائه شد در حالی که به گروه دوم در همان فرکانس تنظیم و تطبیق ستون فقرات ارائه شد. در فاز سوم، گروه یک تنظیم و تطبیق ستون فقرات را دریافت کرد و گروه دوم هیچ عملی را انجام ندادند محققان به این نتیجه رسیدند که این مطالعات با فاز چهارم انجام شود که در آن یک گروه هیچ گونه درمانی را دریافت نکرده در حالی که گروه دیگر تنظیم و تطبیق ستون فقرات خیالی دریافت می‌کنند. در این رابطه گزارش شد که حرکت در ناحیه گردن پس از تنظیم و تطبیق ستون فقرات افزایش یافته است.

هاربر، مورگنسترن و هارویترز^۳ (۲۰۰۲) به مقایسه قابلیت حرکات گردن برای کاهش میزان درد پرداختند. ۳۳۶ بیمار در این آزمایش درمان شدند. آنها از ناحیه گردن درد شدید داشتند. بیماران به چهار گروه طبقه‌بندی شدند:

۱. گروهی که هیچگونه حرارت و گرمایی را برای درمان دریافت نکردند.
۲. گروهی که در مورد آنها شبیه‌سازی و تحریک الکتریکی ماهیچه‌ای (EMS)^۴ به عمل آمد.
۳. گروهی که حرکات بدنی همراه با گرم کردن در موردشان انجام شد.
۴. حرکت با (EMS) و بدون آن.

^۱ . Whithingham & Nilsson

^۲ . sham manipulation

^۳ . Harber, Morgenstern & Hurwitz

^۴ . Electrical muscle stimulation

این مطالعه حداقل ۶ ماه به طول انجامید و ارزیابی دو تا ۶ هفته و از سه تا ۶ ماه دنبال شد. در تمامی گروه‌ها کنترل لازم انجام شد. بیمارانی که ۱۰ دقیقه به ناحیه درد آنها گرما وارد شد نتایج زیر را اعلام کردند:

بیش از ۵۰ درصد شرکت‌کنندگان کاهش درد را گزارش کردند. ۶۰ درصد بیمارانی که به ناحیه درد آنها گرما هم وارد شد با نتایج مثبت همراه بود. در یک بررسی سیستماتیک ۲۰ آزمایش کنترل شده انتخابی انجام شد. حرکت به تنهایی نمی‌توانست مثبت باشد. طی یک دوره دو ساله ۱۷۸ بیمار مورد تحقیق و گزارش واقع شدند و آزمایشات لازم بر روی آنها به عمل آمد.

طی این تحقیق درمان کایروپراکتیک و تنظیم و تطبیق ستون فقرات با موفقیت بیشتری انجام شد. مطالب منتشر شده در خصوص ستون فقرات مطالعه‌ای است که توسط ایوانز و همکاران (۲۰۰۱) بررسی شد که یک پیگیری دوساله در خصوص اولین آزمایش کلینیکی تصادفی بود، مقامات بار دیگر قابلیت تنظیم و تطبیق ستون فقرات را با دو آزمایش توان بخشی و تکنولوژی (MEDX) مقایسه کردند. در این رابطه دردهای گردنی مورد آزمایش قرار گرفت، طی دوره دو ساله ۱۷۸ بیمار آزمایشات درمانی اولیه را تکمیل نموده، ۱۴۵ نفر از بیماران نیاز به پیگیری داشتند. در آزمایشات قبلی مشخص شد که بیماران بهترین نتایج را در تنظیم و تطبیق ستون فقرات گردنی نشان دادند. نتایج برای هر گروه به تنهایی بدست آمد، همچنین آزمایشات توان بخشی برای بیمارانی که در ناحیه گردن از درد مزمن رنج می‌بردند مطالعه شد. این مطالعات نتایج مثبت با هزینه‌های پایین را تأیید کرد. مطالعات انجام شده توسط گراس هاوینگ (۲۰۰۱) که در مجله سالانه پزشکی داخلی^۱ منتشر شد نتایج درمان‌های منوال^۲ (منوال شامل استفاده از حرکات غیرفعال به منظور برگرداندن عملکرد طبیعی ستون فقرات است) و فیزیکی را مقایسه کردند و مراقبت‌ها و توجهات لازم برای بیماران دارای درد شدید گردن در این مجله مورد توجه قرار گرفت. در این مطالعه که حداقل ۶ هفته به طول انجامید ۱۸۳ بیمار در سنین بین ۱۸ تا ۷۰ سال انتخاب شدند و همه آنها حداقل به مدت دو هفته از ناحیه گردن درد کشیدند و هیچگونه درمان فیزیکی و منوال برای کاهش دردهای گردن حداقل طی شش ماه گذشته را دریافت نکردند. بیماران به صورت تصادفی به سه گروه طبقه‌بندی شدند. درمان‌های تنظیم و تطبیق ستون فقرات به عنوان استفاده از حرکات‌های منفعل برای کمک به عملکرد طبیعی ستون فقرات تصویب شد. این درمان شامل تکنولوژی حرکات‌های غیرفعال می‌شد. تنظیم و تطبیق ستون فقرات شامل درمان‌های دستی نمی‌شود و درمان‌های فیزیکی شامل رژیم‌های ورزشی فعال به همراه مراقبت‌های ممتد به تجویز پزشک انجام می‌شد. موضوعات روان‌شناسی اجتماعی و

^۱ . The Annuals of Internal medicine

^۲ . Manual

مراقبت‌های فردی و ارگونومیک و تشویق به منظور بهبود نیز شامل این تحقیق می‌شود. نتایج این آزمایش به قابلیت درمان درد گردن اشاره می‌کند، این درمان وقتی موفق است که بیماران در ناحیه گردن به بهبودی کامل دست یابند پس از ۷ هفته درمان‌های دستی به طور موفق انجام شد میزان این موفقیت ۶۸/۳ درصد گزارش شد در حالی که گروه درمان فیزیکی و گروه مراقبت‌های عمومی نرخ موفقیت را به ترتیب ۵۰/۸ درصد و ۳۵/۹ درصد گزارش کردند.

علاوه بر این هرگونه کاربرد نادرست فیزیکی، درد و ناتوانی در گروه درمانی منوال شدت کمتری داشت و علت اصلی این بود که آنها در طی روز کار کمتری را انجام داده بودند. محققین به این نتیجه رسیدند که قابلیت درمان منوال بیشتر از مراقبت‌های ممتد است و نتایج ما با درمان‌های منوال با همه سنجش‌های به عمل آمده منطبق بود.

ایوانز، برانفورت و اندرسون (۲۰۰۳) مطالعه مقدماتی مؤسسه بهداشت ملی آمریکا^۱ (NIH) (۲۰۰۲) را برای آزمایشات کلینیکی تصادفی انجام دادند. ۲۸ بیمار در سنین ۲۱ تا ۶۵ ساله انتخاب شدند. آنها همگی از ناحیه گردن درد داشتند و ظرف مدت ۱۲ هفته مطالعات لازم بر روی آنها انجام شد. بیماران به سه گروه طبقه‌بندی شدند. گروهی که تنظیم و تطبیق ستون فقرات دریافت کردند، گروهی که دارو را دریافت کردند که ۵۲ درصد را تشکیل دادند (داروهای ضدالتهابی و داروهای ضدگرفتگی عضلات دریافت می‌کردند) و گروهی که از خود مراقبت می‌کردند که ۴۵ دقیقه تمرکز در روز را تجربه کردند و با یک روان‌شناس در ارتباط بودند. بیماران ستون فقرات، بیمارانی که درد ناحیه گردن داشتند و بیماران ناحیه پشت. جلسات درمان هر بار ۴۵ دقیقه به طول می‌انجامید. در هر گروه هیچ‌گونه مقایسه‌ای انجام نشد. در طی این مطالعه ۱۰۰-۷۵ درصد درمان در گروهی بود که تنظیم و تطبیق ستون فقرات کایروپراکتیک دریافت می‌کردند.

کورتالس^۲ (۲۰۰۲) در مورد درمان عمومی گردن مطالبی را در مجله پزشکی بریتانیایی^۳ منتشر کرد. در این آزمایش ۱۸۳ بیمار بزرگسال از ناحیه گردن رنج می‌بردند که بر روی آنها دو هفته آزمایشات لازم به عمل آمد. گروهی که توسط کورتالس معالجه شدند هیچ‌گونه تنظیم و تطبیق ستون فقرات را دریافت نکردند و بهبود آنها تنها به دلیل عدم حرکت در ستون فقرات بود. درمان‌های منوال در هر سه درمان مؤثرتر بود و برای مدت سه هفته گروه‌هایی که با درمان منوال معالجه شدند ۶۸ درصد بهبودی در کاهش دردهای گردن داشتند. گروه درمان فیزیکی ۵۱ درصد و گروه عمومی تنها ۳۸ درصد بهبود یافتند. گروه درمان‌های منوال خیلی کمتر از گروه‌های عمومی از دارو استفاده کردند،

^۱ . National Institute of Health

^۲ . Korthals

^۳ . British Medical Journal

این در حالی است که ۳۹ درصد از گروه‌های درمان فیزیکی از دارو استفاده کردند و شاید بیشترین اختلاف در عملکرد گروه‌ها مشاهده شد.

در این رابطه مسئله هزینه‌ها حائز اهمیت است. نه تنها بیماران در درمان منوال کار بسیار کمی را در طول روز انجام ندادند بلکه طی مدت یک سال عملیات لازم را دنبال نکردند. گروه‌های عمومی ۱۵۸۶ دلار هزینه دربرداشتند که در مقایسه با گروه درمان فیزیکی با ۱۴۹۲ دلار و گروه درمان منوال ۵۱۴ دلار، به طور خلاصه درمان منوال نه تنها مؤثرتر بوده بلکه هزینه کمتری را در مقایسه با دو گروه دیگر دربرداشت.

گزارش نتایج در هفته‌های ۳، ۷، ۱۳ و ۵۲ انجام شد. در این درمان ۵۱۴ دلار برای هر نفر هزینه شد.

مطالعات درمان کایروپراکتیک در زمینه سر درد

بونلو، پلارد و تاجین^۱ (۲۰۰۰) نتایج آزمایش کنترل شده تصادفی را بر روی دردهای میگرنی در (J.M.P.T) منتشر کردند. این مطالعه استرالیایی در مرکز تحقیقات کایروپراکتیک در دانشگاه مک کواری^۲ در یک دوره شش ماهه با ۱۲۳ بیمار انجام شد. این بیماران همگی به طور تصادفی به گروه‌های درمانی انتساب شدند و تنظیم و تطبیق ستون فقرات را دریافت کردند. گروه کنترل نیز در این رابطه تحت درمان الکتروتراپی قرار گرفتند اما به هیچ یک از آنها هیچ گونه جریانی متصل نشد. در تمامی این بیماران نتیجه به این ترتیب گزارش شد که ۲۲ درصد از گروه (SMT) یک کاهش ۹۰ درصدی دردهای میگرنی را گزارش کردند، در ۴۹ درصد از موارد مشکلات مربوط به سردردهای شدید میگرنی کاهش یافت. تعداد میانگین افرادی که به سردردهای میگرنی مبتلا بودند در گروه (SMT) از ۷/۶ درصد به ۴/۱ درصد کاهش یافت. نرخ میانگین سن افرادی که دارای سردردهای میگرنی بودند ۱۸ سال بود. بیماران (SMT) از هیچ گونه دارویی استفاده نکردند و این نشان می‌دهد که استفاده از دارو در پایان یک دوره ۶ ماهه به صفر رسید. مقامات به این نتیجه رسیدند که گروه (SMT) در فرکانس میگرن، مدت زمان درد و ناتوانایی یک بهبود کامل را در مقایسه با گروه دارونما^۳ داشتند. در این آزمایش استرس ۸۳ درصد به عنوان عامل اصلی میگرن گزارش شد و مراقبت‌های کایروپراکتیک تأثیر به‌سزایی در شرایط فیزیکی آنها داشته و این تأثیر موجب کاهش قابل توجه سردردهای میگرنی گردید.

^۱ . Bonello, Pollard & Tuchin

^۲ . Macquarie college

^۳ . placebo

مطالعات مختلف فرکانس، شدت، مدت، ناتوانایی، استفاده از دارو و تنظیم و تطبیق ستون فقرات را برای افرادی اندازه‌گیری کرده‌اند که از میگرن رنج می‌برند. تمامی این مطالعات به این نتیجه رسیدند که (SMT) در کایروپراکتیک اثری مشابه آمیتریپتیلین^۱ دارد و اکثراً باعث بهبود دردهای میگرن می‌گردد. در هفتمین کنگره جهانی کایروپراکتیک (WFC)^۲ اوانز (۲۰۰۴) تحقیقاتی سیستماتیک انجام داد. این تحقیق تحت عنوان درمان‌های فیزیکی غیرفشرده^۳ برای سردردهای مزمن نامیده شد. برخی از نتایج در مورد تنظیم و تطبیق ستون فقرات قابلیت به سزایی را نشان داد که این نتیجه بر روی انواع سردرد مشخص شده است و این انواع عبارتند از:

۱. میگرن.

۲. سردرد از نوع تنشی.

۳. دردهای ناشی از گردن^۴.

مسئولین به این مطلب اشاره کردند که شواهد علمی زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد منیپولیشن ستون فقرات در جلوگیری از دردهای میگرنی مؤثر می‌باشد، در حالی که شواهد برای درمان‌های فیزیکی و تنس (TENS)^۵ محدود بود. از این رو کایروپراکتیک برای تمامی بیمارانی که برای ۸ هفته ممتد ۱۴ جلسه تنظیم ستون فقرات داشتند ثابت کرد که حملات میگرن به ۴۰ درصد کاهش می‌یابد. شواهد برای استفاده از (SMT) برای سردردهای نوع تنشی بسیار ضعیف‌ترند. تنظیم و تطبیق ستون فقرات ممکن است کمک مؤثری برای کاهش درد به ویژه برای بافت‌های نرم باشد. منیپولیت انجام شده بر روی بافت‌های نرم می‌تواند پیامدهای کلینیکی مؤثری را در برداشته باشد.

این چنین نتایجی نشان می‌دهد که مشکلات درمان بیشتر بر روی دردهای تنشی مشاهده شده است. برای سردردهای ناشی از دردهای گردنی محققین تمرینات گردنی را گزارش کردند و به این نکته اشاره کردند که (SMT) برای مدت ۶ تا ۸ هفته می‌تواند شدت درد را (البته بدون استفاده از دارو) کاهش دهد. این بدان معنا است که سردردهای ناشی از دردهای گردنی با معاینات دقیق پزشکی و انجام عملیات علمی کاهش می‌یابد.

شواهد علمی و قابلیت درمان بیماری ستون فقرات مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن است که استفاده از دارو برای درمان بیماری به ویژه در مورد کمر درد، درد پشت، درد گردن و سردرد موجب ایجاد مسائل و مشکلات دیگری می‌شود. در نتیجه کایروپراکتورها با کمک جامعه

۱. Amitriptyline

۲. World federation chiropractic

۳. non invasive physical treatment

۴. cervicogenic

۵. Transcutaneous Electric Nerve Stimulate

پزشکی به بررسی روش‌های کنترل بیماری پرداخته‌اند و در این زمینه به موفقیت‌های عظیمی دست یافته‌اند.

هرتزنان^۱ و همکاران (۲۰۰۲) دو گروه از بیماران دارای کمردرد را که یک گروه درمان کایروپراکتیک و گروه دیگر درمان‌های پزشکی دریافت کرده بودند مورد مطالعه قرار دادند. این پژوهشگران بعد از چهار هفته پیگیری نمره رضایت بیماران را از درمان‌های دریافت شده با یک مقیاس ۵۰-۱۰ در میان ۶۷۲ بیمار مورد مقایسه قرار دادند. نمره میانگین رضایت در بیمارانی که کایروپراکتیک دریافت کرده بودند خیلی بیشتر از نمره میانگین رضایت گروهی بود که از درمان‌های پزشکی استفاده کرده بودند.

کرچنر^۲ (۲۰۰۲) در یک پژوهش سه نوع درمان کمردرد را مورد مقایسه قرار داد. وی سه گروه بیمار با کمردرد را که یک گروه درمان جسمی، گروهی کایروپراکتیک و گروهی فقط یک کتاب آموزشی در زمینه کمردرد دریافت کرده بودند مورد مطالعه قرار داد. دو گروه اول بعد از چهار هفته کاهش علائم رضایت‌بخشی را نسبت به گروه سوم نشان دادند.

چرکین^۳ (۱۹۹۰) دو گروه از بیماران دارای کمردرد را مورد مطالعه قرار داد. یک گروه کایروپراکتیک و گروه دیگر از درمان‌های پزشکی استفاده کردند. گروهی که کایروپراکتیک دریافت کرده بودند ۶۶ درصد و گروهی که از درمان‌های پزشکی استفاده کرده بودند ۲۲ درصد از درمان راضی بودند، یعنی رضایت گروه اول سه برابر گروه دوم بوده است.

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

به کارگیری فنون شناختی - رفتاری چه در جلسات انفرادی و چه در جلسات خانوادگی در درمان اختلالات روان‌تنی بسیار رایج است. به طوری که جی^۴ و همکاران (۱۹۸۷)؛ به نقل از واکر و روبرتس، (۲۰۰۱) روش‌های خانواده درمانی شناختی - رفتاری، استفاده از دارو و فن کنترل توجه را در تسکین درد ناشی از دماش مغز استخوان^۵ در کودکان مقایسه کردند. نتایج نشان داد که فنون شناختی - رفتاری مؤثرترین شیوه برای کنترل این دردها بود.

1. Hertznan

2. Kirchner

3. Cherkin

4. Jay

5. bone marrow aspiration

همچنین مشاهده شده است که خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان کودکانی که مبتلا به اختلالات روان‌تنی هستند تأثیر زیادی دارد. لیبن^۱ و همکاران (۱۹۷۴) از رویکردهای سیستمی گروهی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری برای درمان گروهی از کودکان مبتلا به آسم شدید استفاده کردند. این بیماری یکی از اختلالات روان‌تنی است که در آن اختلال آلرژیک اولیه با عوامل هیجانی و خصوصاً مشکلات و تعارضات خانوادگی حل نشده و مزمن ترکیب می‌شود. جلسات خانواده درمانی گروهی مبتنی بر کاهش نشانگان و تشخیص و تغییر ساختار و کارکرد نظام خانواده از طریق فنون شناختی و رفتاری نظیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط، حل مسئله، تنش‌زدایی و نظام پاداش‌دهی بود. نتایج نشان داد که استفاده از این فنون در جلسات خانواده درمانی منجر به درمان موفقیت‌آمیز این اختلالات و سایر اختلالات مشکل‌آفرین این کودکان گردید.

اختلالات روان‌تنی (عضلانی - استخوانی) تظاهرات موضعی اضطراب، تنش، فشار و هیجان در فرد هستند که به صورت تونوس ماهیچه‌ای جلوه‌گر می‌شوند (آزاد، ۱۳۸۲). اضطراب نقش مهمی را در شناخت، عاطفه و رفتار بیماران دارای درد مزمن، وابسته به آسیب‌های عضلانی - استخوانی دارد (آسموندسان، نورتون و ولوسو،^۲ ۱۹۹۸).

از پژوهش‌هایی که تأثیر خانواده درمانی شناختی - رفتاری را در درمان اضطراب تنش و هیجان بکار برده‌اند و نتایج آن را مثبت گزارش داده‌اند می‌توان به پژوهش‌های زیر اشاره کرد:

کندال^۳ و همکاران (۱۹۹۷) 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 اضطراب‌آور، سازش با موقعیت‌های مختلف و ارزشیابی موفقیت فرد در فرایند سازش با موقعیت‌ها از مؤلفه‌های شناختی اضطراب به شمار می‌آیند. راهبردهای رفتاری نظیر الگوبرداری، حساسیت‌زدایی، بازی نقش و آموزش تنش‌زدایی نیز به کار برده شدند. در پایان جلسات درمانی نشانه‌های اضطراب در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری کاهش یافت.

کازدین و ویس^۴ (۱۹۹۸) تأثیر شناخت - رفتار درمانگری انفرادی و خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناخت - رفتار درمانگری را مقایسه کردند.

^۱ Liebman

^۲ Asmundson, Norton & Veloso

^۳ Kendal

^۴ Kazdin & Weisz

آنها گروهی از کودکان مضطرب را با روش‌های شناختی - رفتاری مانند تقویت مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی درمان کردند. در گروه دیگر خانواده و کودکان مضطرب با استفاده از روش‌های شناختی رفتاری درمان شدند. در پایان جلسات درمانی در گروه اول ۵۷/۱ درصد و در گروه دوم ۸۴ درصد کودکان بهبود یافتند.

جانسون و داهل^۱ (۱۹۹۸) اثرات یک برنامه کنترل درد شناختی - رفتاری را بر روی گروهی از افراد با دردهای عضلانی - استخوانی بررسی کردند که شامل یک مطالعه کنترل شده (مطالعه ۱) و یک مطالعه بر روی نمونه (بیماران) در طول یک دوره طولانی و مداوم مورد ارزیابی قرار گرفته بود. ۴ هفته برنامه معالجات بی‌وقفه شامل جلسات آموزشی، تفهیم هدف، تمدد اعصاب دادن، تمرین مهارت‌های اجتماعی، روش‌های کاهش دارو و برنامه برگشت مجدد به کار بود. نتایج حاصل از پیامد گزارشات دو مطالعه نشان می‌دهد که برنامه‌های کنترل شناختی - رفتاری درد به صورت منظم می‌تواند به شکل موفقیت‌آمیز برای دردهای عضلانی استخوانی مورد استفاده قرار گیرد.

خلاصه

در این فصل به تعریف و طبقه‌بندی اختلالات روان‌تنی و نظریه‌های سبب‌شناسی مربوط به این اختلالات پرداختیم. سپس رویکردهای خانواده درمانی، شناخت - رفتار درمانی و خانواده درمانی شناختی - رفتاری را مورد بحث قرار دادیم و گفتیم که در خانواده درمانی شناختی - رفتاری از راهبردهای شناختی و رفتاری برای ایجاد تغییر در طرحواره‌ها، نگرش‌ها و تفسیرهایی که افراد خانواده از یکدیگر دارند و شکل‌دهی تعاملات مطلوب استفاده می‌گردد. پس از آن به معرفی و میزان تأثیرات درمان کایروپراکتیک پرداخته و به طور مفصل تحقیقات انجام شده در مورد آن را مطرح کردیم و در انتهای فصل پیشینه خارجی مربوط به کارایی خانواده درمانی شناختی - رفتاری در درمان اختلالات روان‌تنی، بخصوص اختلالات عضلانی استخوانی را ارائه کردیم.

^۱ Johansson & Dahl

فصل سوم :

روش

شناختی،

در این فصل، طرح پژوهش، جامعه آماری، روش نمونه‌گیری، حجم نمونه، ابزارهای پژوهش و چگونگی اجرای آنها و روش تحلیل داده‌ها شرح داده خواهد شد.

طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های تک آزمودنی^۱ و به عبارت دقیق‌تر از نوع طرح A-B است. در این نوع طرح‌ها پژوهشگر به بررسی تأثیر یک متغیر بر متغیر دیگر می‌پردازد، اما بررسی اثرهای متغیر بر یک یا چند آزمودنی متمرکز است. هرچند که در این نوع طرح‌ها ممکن است چندین آزمودنی مورد نظر قرار گیرد، اما داده‌ها برای هر یک از آزمودنی‌ها جداگانه تحلیل می‌شود. از این نوع طرح‌ها معمولاً در بررسی‌های مربوط به تأثیر عمل خاصی روی اصلاح رفتار استفاده می‌شود. از جمله ویژگی‌های این گونه طرح‌ها تعریف دقیق عمل آزمایشی، اندازه‌گیری دقیق رفتار مورد مطالعه قبل از شروع عمل آزمایشی (در حالت اولیه) و نیز اندازه‌گیری‌های مکرر پس از اجرای عمل آزمایشی است. در طرح A-B شرایط محیطی اولیه را با A و تغییرات مورد نظر در شرایط محیطی را با B نمایش می‌دهیم (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۷۸).

جامعه آماری پژوهش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده مبتلا به اختلالات عضلانی استخوانی در ۳ مرکز خصوصی درمان کایروپراکتیک در سال ۱۳۸۳ هستند. لازم به ذکر است که اختلالات عضلانی استخوانی یکی از اختلالات روان‌تنی هستند و شامل کمردرد، گردن درد و سر دردهای میگرنی و تنشی می‌شوند.

نمونه پژوهش

جهت انتخاب نمونه پژوهش از بین کلیه افراد مراجعه‌کننده به ۳ مرکز خصوصی درمان کایروپراکتیک تعداد ۱۰ نفر که همگی مبتلا به بیماری‌های عضلانی استخوانی تشخیص داده شده بودند به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. سپس طبق نظر و تشخیص پزشک کایروپراکتیک ۵ نفر از این بیماران برای شرکت در جلسات درمان کایروپراکتیک به همراه روان‌درمانگری (خانواده درمانی شناختی - رفتاری) و ۵ نفر دیگر برای شرکت در جلسات روان‌درمانگری (خانواده درمانی شناختی - رفتاری) انتخاب شدند.

^۱ single – subject design

لازم به ذکر است که در طرح‌های تک آزمودنی به دلیل عدم دسترسی به تعداد زیادی افراد مشابه برای تقسیم آنها به گروه‌های آزمایشی و گواه از تعداد معدودی آزمودنی استفاده می‌گردد (سیف، ۱۳۸۳). از این رو تعداد آزمودنی‌های شرکت کننده در پژوهش حاضر برابر با ۱۰ نفر بوده‌اند که ۳ نفر از آنها در اواسط درمان به شرکت در جلسات درمانی ادامه ندادند، لذا ۷ نفر باقی‌مانده نمونه این پژوهش را تشکیل داده‌اند.

ابزار گردآوری داده‌ها

جهت ارزیابی متغیرهای پژوهش و جمع‌آوری اطلاعات در حالت اولیه یا خط پایه (مرحله A) و در مرحله آزمایشی (مرحله B) از ابزارهای زیر استفاده شده است.

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

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

محتوی اکثر پرسش‌های MMPI مربوط به نشانه‌های بیماری‌های روان‌پزشکی، روان‌شناختی، عصب شناختی و یا جسمانی است. نحوه پاسخ به پرسش‌های این آزمون به صورت "صحیح" یا "غلط" است که در آن پاسخ صحیح نمره ۱ و پاسخ غلط نمره صفر دریافت می‌کند. پس از تکمیل شدن آزمون توسط آزمودنی، نیمرخ روانی او براساس نمراتی که در مقیاس‌های ۱۳ گانه دریافت کرده

است ترسیم و توسط روان‌شناس تفسیر می‌گردد (مارنات^۱، ۱۹۹۰؛ ترجمه پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۵).

پژوهش‌های انجام شده در مورد اعتبار آزمون MMPI نشان می‌دهند که این آزمون از سطوح بالایی از ثبات و همسانی درونی برخوردار است. به طوری که پایایی کلیه مقیاس‌های MMPI در یک مطالعه فراتحلیلی اثبات شد و دامنه تغییر ضرایب پایایی آنها بین ۰/۷۱ برای مقیاس Ma تا ۰/۸۴ برای مقیاس Pt گزارش شد (هانسلی^۲ و همکاران، ۱۹۸۸؛ به نقل از مارنات، ۱۹۹۰، ترجمه پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۵).

در پژوهش حاضر از فرم کوتاه MMPI که دارای ۷۲ پرسش است استفاده شده است.

آزمون SCL-90-R

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

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

^۱ . Marnat

^۲ . Hunsley

^۳ . Levitt & Truumaa

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلالات روان‌تنی

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

- اختلال‌های محور I

- اختلال‌های محور II

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

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

در پژوهش حاضر کلیه آزمودنی‌ها قبل از شرکت در جلسات درمانی توسط روان‌درمانگر براساس ملاک‌های تشخیصی فوق‌مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند و مبتلا به اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی) تشخیص داده شده‌اند.

تست تشخیص کایروپراکتیک

مطابق استانداردها و روند اخلاقی انجمن بین‌المللی کایروپراکتیک (ICA) تشخیص جابه‌جایی ستون فقرات و کدهای اصلی از طریق عکس‌برداری با استفاده از اشعه ایکس صورت می‌گیرد. همچنین از تست پتانسیل حس پیکری (SSEP) در معاینات کلینیکی مانند تست‌های ارتوپدی عصب‌شناسی برای تشخیص جابه‌جایی ستون فقرات استفاده می‌گردد (ویلیامز، ۱۹۹۸).

در پژوهش حاضر کلیه آزمودنی‌ها قبل از شرکت در جلسات درمانی توسط پزشک کایروپراکتیک با استفاده از آزمون پتانسیل حس پیکری و نتایج عکس‌برداری از طریق اشعه ایکس مورد ارزیابی قرار گرفته و مبتلا به اختلال عضلانی استخوانی (کمر درد) تشخیص داده شده‌اند.

شیوه اجرای ابزارهای پژوهش

کلیه پرسشنامه‌ها (MMPI و SCL-90-R) و ابزارهای پژوهش (مصاحبه تشخیصی براساس ملاک‌های DSM-IV-TR، عکس‌برداری با استفاده از اشعه ایکس و آزمون پتانسیل حس پیکری) برای کلیه آزمودنی‌ها به صورت انفرادی اجرا و تفسیر شده است.

روش و چگونگی مداخله یا انجام عمل آزمایشی

چنانکه قبلاً ذکر شد آزمودنی‌های پژوهش حاضر را ۷ نفر از افراد مبتلا به بیماری عضلانی استخوانی (اختلال روان‌تنی) تشکیل می‌دادند که ۴ نفر از آنان در جلسات خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک شرکت کرده و ۳ نفر از آنان فقط در جلسات خانواده درمانی شناختی - رفتاری شرکت کرده‌اند. تعداد جلسات خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری برای هر دو گروه ۱۶ جلسه ۲ ساعته بوده که هر هفته یک بار تشکیل می‌شده است (کلاً ۱۶ هفته) و تعداد جلسات درمان کایروپراکتیک ۱۶ جلسه نیم ساعته بوده که دو بار در هفته تشکیل می‌گردیده است (کلاً ۸ هفته). لازم به توضیح است که کلیه آزمودنی‌های پژوهش قبل از شروع مداخله، در یک جلسه با حضور روان‌درمانگر و در یک جلسه دیگر با حضور پزشک کایروپراکتیک مورد ارزیابی‌های اولیه جهت تشخیص نوع اختلال‌شان قرار گرفته‌اند. در قسمت بعد دستورالعمل برنامه آموزشی - درمانی شناختی - رفتاری که طی ۱۶ جلسه روان‌درمانگری خانوادگی مورد استفاده قرار گرفته است را به تفصیل ارائه خواهیم کرد. این بسته آموزشی - درمانی توسط خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۴) تهیه و طراحی شده است.

دستورالعمل برنامه آموزشی - درمانی شناختی - رفتاری در جلسات

خانوادگی

جلسه اول^۱: ایجاد ارتباط اولیه، بیان اهداف، روش کار و بررسی مشکلات موجود در بین اعضای خانواده، تعامل و تعیین هدف.

مراحل اولین جلسه خانواده درمانی به شرح زیر است:

۱. مرحله آشنایی که همان سلام و استقبال و کمک به احساس راحتی اعضای

خانواده است.

۲. مرحله بیان مشکل که طی آن مشکل عنوان شده بررسی می‌شود.
۳. مرحله تعامل که در آن اعضای خانواده به گفتگو با یکدیگر دعوت می‌شوند.
۴. مرحله تعیین هدف یعنی وقتی از اعضای خانواده خواسته می‌شود دقیقاً تغییرات مورد انتظار خود را تصریح کنند. جلسه با تعیین قرار جلسه بعدی با تمام یا بعضی از اعضای خانواده خاتمه می‌یابد.

مرحله آشنایی: تمام اعضای خانواده باید در تمام مراحل طول جلسه و خصوصاً در مرحله آشنایی عملاً شرکت کنند. افراد باید هر جا و هر طور که مایل هستند، بنشینند. نشستن در جلسه نباید به گونه‌ای باشد که یکی بر دیگری برتری داشته باشد و حتی محل استقرار درمانگر نباید به گونه‌ای باشد که او را از دیگران جدا، متمایز و برتر جلوه دهد. نشست حلقوی مورد تأکید است. درمانگر باید بعد از معرفی خود، با تک تک اعضای خانواده صحبت کند و با آنها آشنا شود. آنچه مهم است پی بردن به عکس‌العمل پاسخ هر یک از اعضا برای مشخص شدن وضعی است که همه آنها در آن دخیل و مهم‌اند. اگر یکی پیش از وقت شروع به صحبت درباره مشکل کرد، درمانگر باید او را متوقف کند تا این که مختصر آشنایی با تک تک اعضای خانواده حاصل شود.

مرحله طرح مشکل: جلسه تا اینجا برخورد اجتماعی با افراد خانواده است که می‌تواند کاملاً خلاصه باشد و حتی چند دقیقه طول بکشد. درمانگر از اعضای خانواده می‌خواهد که به صورت انفرادی نظر خود را به طور مستقیم درباره مشکل یا مشکلات خود بگویند. بهتر است درمانگر با تمام اعضای خانواده برخورد یکسانی داشته باشد و طوری وانمود کند که انتخاب اولین شخص مورد خطاب تصادفی بوده است، ارائه راه حل برای مشکل آسان‌تر خواهد بود.

در این مرحله درمانگر باید آشکارا بر مشکل یا مشکلات مطرح شده توسط افراد خانواده تمرکز یابد. او هنگام گوش دادن به مشکل نباید هیچ تعبیر و تفسیری بنماید که باعث شود گوینده «مشکل» را به گونه متفاوتی ببیند. همچنین نباید در این مرحله اندرزی بدهد، حتی اگر از او درخواست شود. درمانگر فقط به دقت به مشکلات مطرح شده گوش کرده و سعی می‌کند مشکل یا مشکلات مشترک افراد خانواده را در ذهن خود نگاه دارد، بدون اینکه عکس‌العملی نشان دهد. اگر فردی از خانواده زیاد حرف می‌زند و صحبت‌های دیگران را قطع می‌کند، او باید با مداخله امکان ادامه صحبت را به شخص اول برگرداند و همه باید نوبت داشته باشند. هم‌چنین درمانگر هنگام شنیدن مشکلات باید عمل افراد را نیز مشاهده کند.

مرحله تعامل: پرسش راجع به مشکل دو مرحله دارد. **مرحله اول** کسب نظر همگان است. **مرحله دوم** آن است که اعضای خانواده را به گفتگوی متقابل راجع به مشکل یا مشکلات مشترک خود بکشانیم و مثلاً از آن‌ها بخواهیم در مورد ریشه‌ها و علل تعارضات خود با یکدیگر گفتگو کرده و سعی کنند راه‌حل‌های عملی و منطقی برای حل این مشکل پیدا کنند. در اینجا، سعی می‌شود که افراد را به شنیدن سخنان یکدیگر و نیز توجه به راه‌حل‌های ارائه شده، ترغیب نمود.

در این مرحله درمانگر نباید مرکز گفتگو باشد. او به عوض اینکه شخصی باشد که تک تک اعضای خانواده با او صحبت کنند، باید آنها را به طرف صحبت هرچه بیشتر با هم سوق دهد. وقتی نظر افراد خانواده راجع به مشکل ابراز شد، اختلافات هم بروز می‌کند. لذا، او باید هم‌چنان مسئول و مراقب آنچه واقع می‌شود باشد. او باید مراقب باشد که قبل از تمام کردن مرحله اول مانع از شروع گفتگوی متقابل اعضای خانواده با یکدیگر شود. زیرا این کار ممکن است باعث گره خوردن مشکل و اختلاف نظر دو فرد خاص از اعضای خانواده شود. از طرفی درمانگر باید در مرحله تعامل و زمانی که دو نفر با هم در حال صحبت کردن هستند، برای وارد کردن شخص سوم در گفتگو آماده باشد. بهتر این است که همه با همدیگر صحبت کنند.

مرحله تعیین هدف و تغییرات مطلوب: بسیاری از مشکلات اعضای خانواده پس از روبرو شدن آنها با یکدیگر به وضوح روشن می‌شود. با این حال در این مرحله مهم است که افراد با بیانی روشن و مستدل تغییرات مورد انتظار خود را از برنامه درمان اظهار کنند. این کار به تک تک افراد کمک می‌کند که روی موارد مهم تمرکز کنند تا در مجموع خطوط اصلی اهداف درمان خانوادگی مشخص شود. در این مرحله باید تمرکز روی مشکلات عمومی خانواده باشد. گاه یکی از اعضای خانواده مشکلی را بیان می‌کند که واقعاً مشکل نیست، اما او به دلیل نداشتن تجربه کافی فکر می‌کند که مشکل است. لذا درمانگر ناچار است به عوض کار درمانگری به معنای متداول آن صرفاً نقش یک ناصح عاقل را بازی کند. پس از تعیین اهداف می‌توان اولین جلسه را با قرار جلسه بعد خاتمه داد.

جلسه دوم: بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم (عوامل جسمانی، روانی - اجتماعی و معنوی)،

عزت نفس و احترام به خود و بحث گروهی

زندگی سالم، ابعاد مختلفی دارد. در این جلسه، زندگی سالم در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی و شناسایی موقعیت‌های پرخطر مطرح می‌شود.

عوامل جسمانی

آنچه که در ایجاد زندگی سالم نقش دارد، ارتقاء سلامت^۱ است. سلامت عبارت است از حالت کامل بهزیستی جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی، نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی. منظور از ارتقاء سلامت، فرآیندی است که افراد را قادر می‌سازد توانایی و فعالیت خود را جهت بهبود وضعیت سلامت خود افزایش دهند. ارتقاء سلامت نیاز به انجام رفتارهای سالم دارد. منظور از رفتار سالم، رفتارهایی است که سلامت فرد را نگه‌داشته و یا ارتقاء دهند. این رفتارها متعدد و متنوعند، از جمله: تغذیه صحیح، خواب شبانه کافی بین ۷ تا ۸ ساعت، ورزش مرتب، عدم مصرف سیگار و الکل، تنظیم وزن به گونه‌ای که بیش از ۱۰٪ اضافه وزن وجود نداشته باشد. عواملی که با سبک زندگی ناسالم رابطه دارند عبارتند از: مصرف مواد و الکل، سیگار، پرخوری و پرداختن به کارهای خطرناک.

فعالیت گروهی در زمینه عوامل جسمانی زندگی سالم: در این زمینه، درمانگر باید توجه اعضای خانواده را به اهمیت نقش عوامل جسمانی (خواب، تغذیه، ورزش، وزن متناسب و عدم مصرف سیگار و الکل) جلب نماید. در این رابطه او از آنها می‌خواهد که میزان رعایت عوامل بهداشتی را مورد بحث قرار داده و اعضا را به مشارکت فعال در بحث دعوت می‌کند. درمانگر به هنگام بحث افراد خانواده با یکدیگر باید به عواملی که مانع رفتارهای سلامت در افراد می‌شوند دقت کند، یکی از این موانع، خوش‌بینی غیرواقعی^۲ است. خوش‌بینی غیرواقعی بینانه مبنی بر این باور است که فرد هیچ وقت دچار مشکلات جسمانی مهم نمی‌شود. توصیه می‌شود که در پایان جلسه، درمانگر افراد خانواده را به ایجاد یک برنامه‌ریزی جسمانی فردی راهنمایی نماید.

عوامل روانی - اجتماعی

در کنار عوامل جسمانی مربوط به زندگی سالم، عوامل روانی و اجتماعی قرار دارند. امنیت و رضایت خاطر یکی از عوامل روانی بسیار مهم در زندگی سالم است که از طریق روابط اجتماعی ایجاد می‌شود. ارتباطات و پیوندهای اجتماعی، احساس تعلق و پیوستگی انسان‌های دیگر، احساس امنیت عمیقی در افراد ایجاد می‌کند. بنابراین، یکی از شرایط زندگی سالم، برقراری روابط انسانی است.

^۱ . health promotion

^۲ . unrealistic optimism

تنظیم اهداف زندگی

یکی دیگر از فعالیت‌هایی که به انسان‌ها احساس امنیت و رضایت خاطر می‌دهد تعیین و تنظیم اهداف زندگی است که نیاز به توجه خاص دارد. چنانچه فرد اهداف زندگی خود را نشناسد دچار بی‌هدفی، کسالت و ناامیدی و درماندگی می‌شود، چنانچه اهداف غیرواقع بینانه‌ای برای زندگی خود تعیین کند، نمی‌تواند به آن اهداف دست یابد و دچار خشم، پرخاشگری، یأس و ناامیدی می‌شود و در عوض، چنانچه اهداف واقع‌بینانه‌ای داشته باشد، با رسیدن به آن‌ها، احساس آرامش خواهد نمود.

فعالیت گروهی در زمینه عوامل روانی زندگی سالم: به منظور تعیین اهداف مناسب، قابل دست‌یابی و واقع‌بینانه، درمانگر می‌تواند از کلیه افراد خانواده بخواهد اهداف زندگی خود را بنویسند، در رابطه با هر یک از آنها با یکدیگر بحث کنند. سپس آنها را به این مطلب راهنمایی کند که اهدافی مثل موفقیت تحصیلی، رضایت خانواده و فرد سالمی برای اجتماع بودن اهداف کلی هستند و اهداف بلند مدت نامیده می‌شوند. نکته مهم دیگر در این مرحله آن است که اهداف غیرواقع‌بینانه مراجعان مشخص شده و دلایل غیرواقع‌بینانه آنها روشن شود.

برای حصول به اهداف بلند مدت، هر فرد باید اهداف کوتاه مدتی را در داخل آنها تعیین کند. بنابراین درمانگر دوباره به اعضای خانواده فرصت می‌دهد تا اهداف کوتاه مدت خود را معین کنند.

مثلاً: **هدف بلند مدت:** ورود به دانشگاه / به دست آوردن شغل مناسب

هدف کوتاه مدت: موفقیت در امتحانات پایان سال یا پایان ترم.

اهداف کوتاه مدت‌تر:

- برنامه‌ریزی تحصیلی / برنامه‌ریزی حرفه‌ای

- مشاوره در خصوص برنامه‌ریزی تحصیلی / مشاوره درباره‌ی برنامه‌ریزی حرفه‌ای

- جدیت و کوشش در مطالعه دروس / تلاش برای مطالعه و کار عملی در حرفه مورد نظر

- کمک گرفتن از دیگران.

هدف کوتاه مدت روزانه: مطالعه دروس طبق برنامه تعیین شده و انجام کار عملی در حرفه مورد

نظر

با در پیش گرفتن اهداف کوتاه مدت، روند زندگی منظم و قابل پیش‌بینی می‌گردد.

عزت نفس و احترام به خود:

یکی از عوامل بسیار مهم در رفتار سالم، عزت نفس است که عبارت از احساس ارزشمند بودن که از مجموع افکار، احساس‌ها، عواطف و تجربیات فرد در طول زندگی ناشی می‌شود. کسی که از عزت نفس برخوردار است خود را با ارزش، قوی، دوست داشتنی دانسته و به ذلت و پستی تن نمی‌دهد و نه در ارتباط با دیگران و نه در ارتباط با هوای نفس، حقارت و پستی را نمی‌پذیرد.

همبستگی: این احساس زمانی تجربه می‌شود که افراد از پیوندهای مهم زندگی خود راضی باشند.
بی‌همتایی: این احساس هنگامی به وجود می‌آید که فرد بتواند صفات یا ویژگی‌هایی را که موجب تفاوت و تمایز او از دیگران بشود، بشناسد و به آنها احترام بگذارد.

قدرت: احساس قدرت وقتی به وجود می‌آید که فرد بداند منابع، فرصت و قابلیت آن را دارد که بر شرایط زندگی خویش اثر بگذارد.

الگوها: فرد به کمک الگوهای انسانی، فلسفی و عملیاتی؛ مدل‌هایی برای خویش فراهم می‌کند تا او را در استقرار ارزش‌های معنی‌دار، هدف‌ها، آرمان‌ها و معیارهای شخصی کمک کند.
عوامل مؤثر در عزت نفس قوی عبارتند از:

خودآگاهی و شناسایی خود؛

ارزش گذاردن به هر آنچه که هست،

باور به بی‌همتایی و بی‌نظیر بودن خود.

وظیفه درمانگر در ارتقاء عزت نفس آن است که برای افراد خانواده روشن سازد که قضاوت در مورد ارزشمندی خود را از تفاوت‌هایی که با دیگران دارند جدا کنند. در زمینه ارتقاء عزت نفس درمانگر می‌تواند فعالیت‌های زیر را در دو بخش «ما موجوداتی منحصر به فرد هستیم» و «چقدر خود را می‌شناسیم» انجام دهد.

ابتدا درمانگر درباره تفاوت‌های فردی بحث می‌کند و برای افراد خانواده روشن می‌سازد که همه انسان‌ها با یکدیگر متفاوتند. هیچ‌کس وجود ندارد که شبیه دیگری باشد هر فرد تک و بی‌نظیر است، انسان‌ها موجوداتی منحصر به فرد هستند. تا به حال کسی در دنیا به وجود نیامده که شبیه دیگری باشد. در آینده هم کسی مثل و مانند دیگری متولد نخواهد شد پس هر فرد تک، منحصر به فرد و بی‌نظیر است. او روشن می‌سازد که متفاوت، بودن بد یا خوب نیست. بدین ترتیب بحث ارزشمندی از بحث تفاوت جدا می‌شود.

فعالیت گروهی در زمینه تشخیص شباهت‌ها و تفاوت‌ها: درمانگر از افراد خانواده می‌خواهد که خوب به یکدیگر نگاه کنند. پس از آن می‌خواهد که شباهت‌های همدیگر را یادداشت کنند (۵ یا ۶ شباهت). بعد از تکمیل این قسمت، از آنها می‌خواهد حالا یک بار دیگر به هم نگاه کنند و این بار تفاوت‌های همدیگر را بنویسند.

سپس هر یک از افراد شباهت‌ها و تفاوت‌های خود با دیگران را با صدای بلند می‌خوانند. پس از آن درمانگر نتیجه‌گیری می‌کند که همه ما با هم شباهت و تفاوت‌هایی داریم. ولی آیا این شباهت و تفاوت‌ها با خوب یا بد بودن ما ارتباط دارد؟

درمانگر شباهت‌ها و تفاوت‌های افراد خانواده را با یکدیگر مقایسه می‌کند و می‌گوید «همان‌طور که در اثر انگشت تک و منحصر به فرد هستیم در علائق‌مان نیز بی‌نظیر هستیم». او چنین جمع‌بندی می‌کند که «ما نه تنها ظاهرمان بلکه عقایدمان، علائق‌مان، سلیقه‌هایمان نیز متفاوت است آیا عیبی دارد؟ آیا بد است؟ فقط متفاوت است».

احترام

یکی از نیازهای مهم دیگر انسان، نیاز به احترام است. دو کانون و منبع احترام وجود دارد: ۱- احترام دیگران به فرد و ۲- احترام فرد به خودش که عزت نفس نام دارد. نیاز به احترام از سوی دیگران نه تنها ایراد ندارد بلکه یکی از نیازهای روانی طبیعی انسان است و به دنبال پیروی از قواعد و هنجارهای اجتماعی، پیشرفت، موفقیت، فعالیت‌های سالم و برخورداری از سبک زندگی سالم به دست می‌آید و از جمله راه‌هایی که باعث احترام دیگران به فرد می‌شود این است که فرد به دیگران احترام بگذارد.

فعالیت گروهی در زمینه شیوه کسب احترام از سوی دیگران: در اینجا درمانگر می‌تواند با یک سؤال، ذهن افراد خانواده را به سوی نحوه کسب احترام از سوی دیگران جلب کند و سپس با سؤال‌های هدایت‌کننده ذهن آنها را به طرف فعالیت‌هایی که احترام دیگران را به فرد افزایش می‌دهد نزدیک کند برای مثال می‌تواند از آنها بپرسد که آنها چگونه می‌توانند با رفتار خود احترام سایرین را به سوی خود جلب کنند. در پایان، درمانگر به این مطلب اشاره می‌کند که گاهی افراد با بعضی از رفتارهای ناسالم سعی در بدست آوردن احترام دیگران دارند. سپس از آنها می‌خواهد نحوه کسب چنین احترامی را بیان کنند.

جلسه سوم: آموزش مهارت تحلیل رفتار (A-B-C)، بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی.

هدف از این مداخله، آموزش به مراجعان است تا بتوانند الگوهای رفتاری ناکارآمد خود را تحلیل کنند. هم‌چنین بتوانند الگوهای رفتاری سازش یافته‌تر دیگری را که با سایرین بروز می‌دهند یا درمانگر آنها را پیشنهاد می‌کند، تحلیل کنند. به مراجعان آموزش داده می‌شود تا بتوانند از روش ساده A-B-C برای تحلیل رفتار استفاده کنند. از آنها خواسته می‌شود تا الگوهای پاسخ‌دهی یا رفتارهای سازش‌نیافته خود را به تفصیل شرح دهند. سپس از آنها خواسته می‌شود تا از فرم زیر برای توصیف رفتار شخصی خود و مشخص کردن وقایعی که قبل و بعد از پاسخ‌های آنها ایجاد می‌کند و پیامدهای پاسخ‌هایشان را نیز توصیف و یادداشت کنند.

^۳ A	^۲ B	^۱ C
وقایع فعال کننده	رفتار	پیامدها

پیشایندها و پیامدهای گزارش شده، می‌توانند توصیفی از پاسخ‌های افراد مهم، وقایع محیطی یا رفتارهای عاطفی یا شناختی شخصی افراد (مانند عصبانیت، نگرانی، افسردگی، یا احساسات خوشایند) باشند. درمانگر باید به افراد خانواده کمک کند تا از وقایع، افکار یا احساساتی که راه انداز خشم در آنها بوده‌اند آگاه گردند.

آموزش آگاهی از هم‌بندی‌ها^۴

این تکنیک برای کمک به مراجعان، جهت آگاه شدن از نتایج احتمالا منفی - تصمیم‌گیری‌های نابجایی به کار می‌رود که یاد گرفته‌اند یا ممکن است در نظر داشته باشند یاد بگیرند. روش مذکور به آنها کمک می‌کند تا پیامدهای بالقوه و بالفعل الگوهای رفتاری خود ویرانگر خویش را پیش‌بینی کنند. به علاوه، آگاهی از هم‌بندی‌ها، ممکن است به مراجعان کمک کند تا از پیامدهای مطلوب و احتمالی تصمیم‌گیری‌های جایگزین و الگوهای رفتار جایگزین هم آگاهی یابند. به طور کلی، از مراجعان خواسته می‌شود تا با استفاده از شکل و الگوی زیر، پیامدهای احتمالی کوتاه‌مدت و بلندمدت تصمیم‌گیری‌های رفتاری گوناگون یا سبک‌های زندگی را فهرست کنند.

پیامدهای بلندمدت	پیامدهای کوتاه مدت	رفتار
------------------	--------------------	-------

¹ . consequences

² . behavior

³ . antecedents

⁴ . contingency – awareness

از آنجا که ممکن است افراد غالباً پیامدهای منفی احتمالی الگوهای رفتاری خود تخریب‌گرانه^۱ یا خودشکن را، هم در کوتاه‌مدت و هم در بلندمدت، فراموش کنند، از آنها خواسته می‌شود تا هم پیامدهای آنی و هم درازمدت رفتار خود را تصور کند. در صورت داشتن فرصت مهارت‌های گفتگو هم در اینجا از سوی درمانگر مطرح می‌شود.

جلسه چهارم*: آموزش حل مسئله، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.

روش حل مسئله^۲: یکی از فنونی که در رویکردهای شناختی-رفتاری استفاده می‌شود، روش حل مسئله است. هدف کلی آموزش حل مسئله، آموزش و کمک به افراد در جهت کسب بیش نسبت به توانایی‌های خود است. با استفاده از این روش فرد می‌تواند از توانایی‌های خود برای مقابله مؤثر با مشکلات و مسائل زندگی روزمره خود بهره‌گیرد. روش حل مسئله شامل پنج مرحله به شرح زیر است:

- ۱) در مرحله اول، به افراد کمک می‌شود که مشکلات را بخشی از زندگی روزانه تلقی کنند و در مقابل مشکلات، تکانه‌ها و هیجان‌ها، خود را کنترل کنند.
- ۲) در مرحله دوم، فرد باید مشکل را درک و آن را تعریف عملیاتی کند.
- ۳) در مرحله سوم، از فرد خواسته می‌شود تا کلیه راه‌حل‌های بدیعی را که به حل مشکل کمک می‌کنند مطرح سازد. در این مرحله قضاوتی در مورد راه‌حل‌های ارائه شده صورت نمی‌گیرد.
- ۴) در مرحله چهارم، فرد هر راه‌حل را به طور جداگانه ارزیابی می‌کند و سپس عملی‌ترین و مناسب‌ترین راه‌حل را برمی‌گزیند.
- ۵) در مرحله پنجم، فرد به گونه‌ای مؤثر راه‌حل انتخاب شده را به کار می‌گیرد.

در این روش، درمانگر طی جلسه‌ای با حضور کلیه افراد خانواده، ابتدا از آنها می‌خواهد تا یکی از مشکلات روزمره خود را مطرح کنند. سپس به طور عملی چگونگی به کارگیری روش حل مسئله را به آنان آموزش می‌دهد. در اینجا مناسب است که اعضای خانواده با تفکر واگرا و تفکر همگرا به زبان ساده آشنا شوند.

^۱ . self - defeating

* از جلسه چهارم تا جلسه سیزدهم در ابتدای جلسات فعالیت‌های تکمیلی خواسته شده، توسط درمانگر مورد پرسش و بررسی قرار می‌گیرد.

^۲ . problem - solving

اگر توافق عمومی حاصل نشد، به اعضای خانواده برای مذاکره مصالحه‌آمیز درباره مشکل، آموزش داده می‌شود. اگر راه حلی وجود داشت که حداقل یکی از اعضای خانواده، به آن یک امتیاز مثبت داده بود، درمانگر با همان شروع می‌کند. او فهرستی از راه‌حل‌های ممکن را ارائه می‌کند تا اعضای خانواده به منظور دستیابی به یک راه‌حل همگانی، آنها را ارزیابی کنند. در مرحله نهایی، اعضای خانواده جزئیات را مشخص می‌سازند و مشکلات موجود بر سر راه عملی کردن راه‌حل را معلوم می‌کنند. در این مرحله، سامانه‌ای^۱ به وجود می‌آید که همه اعضای خانواده، آن را برای کاربرد و اجرای موفقیت‌آمیز ارزیابی می‌کنند و آن را، مناسب‌ترین گزینه می‌دانند. آنگاه آنها سعی می‌کنند آن راه‌حل را در موقعیت‌های واقعی به کار گیرند و نتایج آن را در جلسه بعد به درمانگر گزارش دهند. در صورتی که آن راه حل، موفقیت‌آمیز نباشد، روش دیگری مورد مذاکره قرار می‌گیرد.

جلسه پنجم: آموزش مهارت مقابله با استرس^۲، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.

مهارت مقابله با استرس: این مهارت شامل شناخت استرس‌های مختلف زندگی و تأثیر آنها بر فرد است. با شناسایی منابع استرس و نحوه تأثیر آن بر انسان خود را قادر می‌سازد تا با اعمال و موضع‌گیری خود فشار و استرس را کاهش دهد. دو نوع مقابله با استرس شناخته شده است:

۱. مقابله متمرکز بر حل مسئله

۲. مقابله متمرکز بر هیجان

رویارویی و مقابله با استرس: یکی از عوامل مؤثر بر سلامت روانی در زندگی برخورد با مشکلات و استرس است. شخصیت‌های سرسخت (سخت رو) که دارای سه خصوصیت عمده هستند. حتی در مقابل استرس شدید مقاومت بیشتری دارند:

الف) احساس تسلط و کنترل بر زندگی: (افراد خانواده مثال‌هایی را مطرح می‌کنند که در آنها احساس کنترل زندگی وجود دارد).

ب) داشتن روحیه چالش و مبارزه‌جویی: (افراد خانواده مثالی را مطرح می‌کنند که در آنها روحیه چالش وجود ندارد مثل احساس درماندگی و ناامیدی)

^۱ . System

^۲ . coping with stress

ج) داشتن تعهد و مسئولیت: (افراد خانواده مثال‌هایی را مطرح می‌کنند که بیانگر احساس تعهد و مسئولیت است).

فعالیت: به منظور بحث درباره اینکه «چگونه تعهد و مسئولیت می‌تواند از بروز رفتارهای پرخطر جلوگیری کند؟» روان‌شناس پاسخ را به مسائل زیر هدایت می‌کند: تعهد به اصول مذهبی، اخلاقی و اجتماعی. برای مثال درمانگر از عضوی از خانواده که به شدت افسرده، ناامید و غمگین است می‌خواهد تا مشکل خود را برای همه مطرح کند. ممکن است او اظهار کند که هیچ امیدی برای ادامه زندگی وجود ندارد و قصد دارد که خودکشی کند. درمانگر در چنین موردی با تقاضا از سایر اعضای خانواده برای ارائه اظهار نظر جلسه را هدایت کرده و از سایر اعضای خانواده می‌پرسد که چه چیزی باعث امیدواری و عدم تمایل آنان به خودکشی می‌گردد، در این صورت ممکن است اعضای خانواده به تعهدات شخصی خود نسبت به یکدیگر اشاره کنند.

فعالیت: درمانگر موقعیتی که مشکل خاصی دارد را مطرح می‌کند و از آنها می‌خواهد ابتدا همگی بحث گروهی کنند و پس از آن انواع راه‌حل مناسب را ارائه دهند، سپس مفاهیم مقابله متمرکز بر مسئله و متمرکز بر هیجان توضیح داده می‌شود، راه حل را به دو نوع مقابله تقسیم کرده و آنها را با هم مقایسه می‌کند.

تنش‌زدایی: تنش‌زدایی مهارتی است که می‌توان آن را به سهولت آموخت. این مهارت ممکن است باعث کاهش میزان تنیدگی و اضطراب در افراد شود و آنها را در جهت کاهش فشارهای درونی یاری دهد. در این روش از مراجع درخواست می‌شود روی یک صندلی راحت بنشینند، 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 نماید، چند لحظه به آرامی و منظم نفس بکشد و در عین حال هرگاه که نفس خود را بیرون می‌دهد، کلمه «آرام» را بر زبان آورد. سپس باید فکر خود را بر قسمت‌های مختلف بدن خود متمرکز کند و در حین نفس کشیدن عضلات آن قسمت را سست کند. برای این کار باید از انگشت پا شروع کرده و به تدریج به طرف بالا برود و به نوبت بر روی قسمت‌های بعدی بدن تمرکز کند تا به عضلات صورت برسد. فرد باید پس از تمرکز روی هر قسمت با کشیدن نفس عمیق آن را منقبض و سپس آرام رها سازد (بنسون^۱، ۱۹۸۵).

می‌توان به افرادی از خانواده که با شرکت در فعالیت‌های بهنجار دچار تنش و بیقراری می‌شوند، از طریق آموزش تنش‌زدایی کمک کرد. درمانگر در حین خواندن دستورالعمل، باید به آرامی و با

^۱ . Benson

صدایی یکنواخت و آرامش بخش صحبت کند. او برای مراجعان شرح می‌دهد که مهارت‌های تنش‌زدایی (همچون یادگیری یک ورزش جدید) را می‌تواند از طریق تمرین بیاموزد. به آنها، تکلیفی برای اجرا در محل زندگی خود داده می‌شود، به این صورت که روزی یک بار، مهارت‌های تنش‌زدایی را تمرین کند. هم‌چنین به آنها آموزش داده می‌شود مهارت‌های تنش‌زدایی را که یاد گرفته، درست قبل از اینکه دچار تنش شود یا قبل از اینکه درگیر فعالیت‌هایی شود که به طور بالقوه ایجاد تنش می‌کنند، به کار گیرد.

جلسه ششم: آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی و مهارت‌های اجتماعی مطلوب، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.

آموزش مهارت‌های مقابله بین فردی

این مداخله آموزشی، برای آموزش مهارت‌های مقابله بین فردی سازش یافته به مراجعان، تهیه شده است تا آنها را به جای الگوهای ناکارآمد در تعاملات اجتماعی کنونی به کار گیرد. ابتدا، از افراد خانواده خواسته می‌شود تا چند مثال از موقعیت‌های بین فردی ناخوشایند و اضطراب‌آمیز اخیر را به تفصیل شرح دهد. سپس برای هر مورد، مراحل زیر به کار برده می‌شود:

۱. تعیین پیشایندها (وقایع برانگیزاننده) و پیامدهای ایجادکننده و نگهدارنده پاسخ‌های مقابله‌ای بین فردی ناکارآمد در افراد خانواده.
۲. برای اینکه دریافت‌های شناختی ناکارآمد مربوط مشخص شوند، از افراد خانواده خواسته می‌شود که بگویند چرا به این روش ویژه پاسخ می‌دهند.
۳. کمک به افراد خانواده برای یافتن پاسخ‌های جایگزین ممکن به واقعه برانگیزاننده. ممکن است از آنها خواسته شود تا درباره افرادی بیندیشد که الگوهای رفتاری جایگزین را در موقعیت‌های مشابه از خود نشان می‌دهند. درمانگر نیز بعضی از شیوه‌های رفتاری جایگزین را پیشنهاد می‌کند.
۴. درمانگر برای الگودهی، از تکنیک‌های ایفای نقش و سایر سبک‌های پاسخ‌دهی سازش‌یافته‌تر استفاده می‌کند تا به اعضای خانواده کمک کند تا رفتارهای جدید را، در جلسه مرور و تمرین کنند.
۵. به آنها تکلیفی شامل آزمودن الگوهای رفتاری جایگزین در موقعیت‌های واقعی زندگی، و توجه خاص به پیامدهای آن، داده می‌شود.

بنابراین، شیوه مقابله ناکارآمد کنونی در افراد خانواده تعیین می‌شود و در مورد اینکه این رفتار چگونه می‌تواند فرصت‌های به وجود آمده در برقراری روابط رضایت‌آمیز و موفقیت‌آمیز را تخریب کند و از بین ببرد، با آنها بحث می‌شود. سپس، با طرح سئوال‌هایی درباره این‌که آنها چرا با سبک‌های پاسخ‌دهی ناکارآمد، سازگاری پیدا کرده‌اند، فهم بیشتر و بهتری در زمینه عقاید و نگرش‌های تأثیرگذار به دست می‌آورد؛ نگرش‌هایی که ممکن است قبل از آن‌که افراد متقاعد شوند تا یک سبک خاص پاسخ‌دهی را تمرین کنند، از طریق مداخله‌های بازسازی شناختی، نیازمند اصلاح و تغییر باشند.

پس از آن، درمانگر رفتارهای سازش یافته‌تر را در عمل، الگودهی می‌کند و از آنها می‌خواهد تا از آنها تقلید کند و با استفاده از موقعیت‌های فرضی و تجسمی و تکنیک ایفای نقش، آنها را تمرین کند. درمانگر و افراد خانواده ممکن است نقش‌های خود را با هم عوض کنند و هر کدام به نوبت، نقش مراجع و افراد مهم دیگر را برعهده بگیرند. سپس از اعضای خانواده خواسته می‌شود تا در هفته آینده، رفتارهای جدید را در محیط طبیعی و واقعی زندگی خود، تمرین کنند، به پیامدهای این رفتارها، بخصوص به واکنش‌های دیگران به این رفتارهای جدید، توجه کنند، و در مورد آنها گزارش دهد.

آموزش مهارت‌های اجتماعی مطلوب

این نوع مداخله آموزشی، شامل آموزش مهارت‌های مقابله بین فردی مختلفی است که برای افرادی که دارای سبک‌های پاسخ‌دهی پرخاشگرانه هستند، مناسب است. پنج مرحله متوالی برای یک برنامه آموزشی مهارت‌های بین فردی پسندیده اجتماعی به عنوان جایگزین الگوهای پاسخ‌دهی پرخاشگرانه، پیشنهاد و خلاصه می‌گردد:

ابتدا مبنای یادگیری سبک‌های پاسخ‌دهی توأم با جرات‌ورزی را، به جای الگوهای پاسخ‌دهی پرخاشگرانه موجود، برای اعضای خانواده توضیح می‌دهد. او به آنها پیامدهای منفی پاسخ‌های پرخاشگرانه (نظیر پرخاشگری متقابل) را توضیح می‌دهد و نیز در مقابل، بر استفاده از پیامدهای مثبت تاکید بر حقوق خود که به شکلی بیانگر جرات‌ورزی (نه حالت پرخاشگرانه) هستند، تاکید می‌کند.

در مرحله دوم، چند سبک پاسخ‌دهی همراه با جرات‌ورزی را برای آنان تشریح می‌کند. نمونه‌هایی از این سبک‌های پاسخ‌دهی عبارتند از: امتناع و عدم پذیرش تقاضاهای نامناسب (نظیر دعوت به دعوا)، تقاضای بحث و گفتگوی منطقی در مورد موقعیت‌ها، گوش دادن توأم با توجه به افراد دیگر، پذیرش قسمت‌هایی از مطالبی که فرد مقابل مطرح می‌کند، تلاش برای بررسی اینکه با طرف مقابل می‌توان مستدل و منطقی حرف زد یا نه، و در پیش گرفتن روشی دیگر (در صورتی که رویکرد صحبت و استدلال، فایده نداشته باشد).

در مرحله سوم، درمانگر از افراد خانواده می‌خواهد که درباره چند موقعیت واقعی که در آنها، با دیگران، پرخاشگری کرده است، توضیح دهد. سپس، پاسخ‌های مناسب تغییر پرخاشگری را برای این موقعیت‌ها توضیح می‌دهد و به ایفای نقش این رفتارها می‌پردازد.

در مرحله چهارم، برای کمک به افراد خانواده در جهت یادآوری و مرور پاسخ‌های الگو داده شده آنها را به ایفای نقش وامی‌دارد. در این مرحله، به ارائه اطوار و حرکات غیر پرخاشگرانه و آهنگ صدای غیرپرخاشگرانه توجه ویژه‌ای می‌شود. در مرحله نهایی درباره نحوه عملکرد آنها به آنان بازخورد می‌دهد و از پاسخ‌های غیرپرخاشگرانه و سازش یافته آنان تحسین و تمجید می‌کند و در عین حال، به ابعادی از عملکرد آنان اشاره می‌کند که هنوز دارای اجزا و مؤلفه‌های پرخاشگرانه است.

جلسه هفتم: ارتقای مهارت اجتماعی قاطعیت (جرات‌ورزی)

مهارت‌های اجتماعی عبارت است از توانایی ایجاد ارتباط متقابل با دیگران در زمینه اجتماعی خاص و به شیوه خاص که در عرف جامعه قابل قبول یا ارزشمند باشد و در عین حال برای شخص سودمند افتد و بهره‌ای دوجانبه داشته باشد. مهارت قاطعیت یکی از انواع ارتباطات اجتماعی و روابط بین فردی است که شامل ایستادگی بر نظرات شخصی و بیان افکار، احساسات و باورها است. جرات‌ورزی یا رفتار قاطعانه دارای سه خصوصیت است:

(الف) رفتار قاطعانه، بیان صادقانه و مستقیم افکار و احساسات است.

(ب) رفتار قاطعانه، از نظر اجتماعی پسندیده است.

(ج) هنگام انجام رفتار قاطعانه، حقوق و احساسات و آرامش دیگران مدنظر قرار می‌گیرد. رفتار قاطعانه را به شرح زیر می‌توان تقسیم کرد:

(الف) **رد قاطعانه:** در این رفتار، فرد به صورتی که اجتماع پسندانه باشد، درخواست‌های تحمیلی دیگران را مانع می‌شود و یا رد می‌کند.

(ب) **بیان قاطعانه:** این رفتار توانایی بیان احساسات مثبت مثل قدردانی از دیگران، ابراز محبت و علاقه و بیان تمجید و ستایش است.

(ج) **درخواست قاطعانه:** عبارت است از توانایی بیان و مطرح کردن درخواست از دیگران به منظور تسهیل تامین نیازهای فرد یا رسیدن به اهداف خود.

عوامل مؤثر در رفتار قاطعانه:

(۱) عوامل شناختی شامل باورها، عقاید و شناخت

(۲) عوامل مربوط به نحوه بیان و رفتار قاطعانه

۳) محتوای گفتار قاطعانه

۴) عوامل غیر کلامی

۵) فرایند مهارت‌های تعاملی

پدیده شده است که در موارد افسردگی، عصبانیت و نگرانی، تنفر و اضطراب بین فردی، به ویژه در شرایطی که افراد آنها را بد ادراک می‌کنند، جرأت آموزشی کارآیی دارد. هدف از این کار، آموزش به افراد برای بیان احساسات و حقوقشان، و کاستن از دفعات انفعال یا عصبانیت‌های خشونت‌آمیز است. افراد فاقد جرأت، فکر می‌کنند که آنها حق برای بیان عقاید، احساسات و دیدگاه‌هایشان را ندارند. در نتیجه مکرر خود را در معرض بهره‌کشی، بدرفتاری، تحمیل و قهر دیگران می‌بینند و به دنبال آن، دچار احساس گناه، عصبانیت و نگرانی می‌شوند. در مقابل، افرادی که قدرت ابراز وجود دارند، بدون آن که عصبانی یا خشمگین شوند، قادرند به راحتی حق و حقوق خود و خواسته‌هایشان را مطرح سازند و مخالفت خود را با دیدگاه‌ها و درخواست‌های دیگران بیان کنند و در برابر آنان ایستادگی کنند.

جرأت‌آموزی شامل چند مرحله است. ابتدا، به افراد آموزش داده می‌شود تا بین سه شیوه اساسی در رفتارهای بین فردی، تمایز قایل شود. رفتار پرخاشگرانه (از قبیل زد و خورد، تهدید کردن)، رفتار انفعالی (از قبیل عمل کردن به یک گفته، زمانی که مطابق میل فرد نیست)، و رفتار توأم با جرأت‌ورزی (از قبیل بیان احساسات واقعی و بر سر حرف خود ایستادن).

فعالیت: رد قاطعانه در مورد رویارویی با موقعیت‌های پرخطر یا ناسالم. درمانگر یک موقعیت را ارائه می‌دهد و سپس افراد خانواده ایفای نقش می‌کنند و درمانگر عملکرد صحیح آنان را تشویق می‌کند.

برخی از شیوه‌های کلامی رد قاطعانه عبارتند از:

۱) نه گفتن: انواع شیوه‌های نه گفتن عبارتند از: نه متشکرم، من علاقه ندارم، من اهل سیگار نیستم.

۲) دلیل آوردن: سیگار به بدنم صدمه می‌زند، در جمع افراد ناشناس رفتن خطرناک است.

۳) مطرح کردن پیشنهادی دیگر که مورد نظر هر دو طرف باشد: من سیگار مصرف نمی‌کنم، ولی چطوره با هم یک برنامه تفریحی داشته باشیم؟

۴) عوض کردن موضوع صحبت: راستی نظر تو درباره فیلم دیشب چیست؟

۵) استفاده از شوخی: به اندازه کافی مشکل دارم، به اندازه کافی گرفتاری دارم.

۶) دادن این احساس به فرد مقابل که او موضوع را بهتر می‌داند: من تو را باهوش‌تر از این می‌دانم که طرف سیگار بروی. من انتظار پیشنهاد بهتری از تو داشتم.

۷) مطرح کردن گروه‌بندی متفاوت: ما با غریبه‌ها رفت و آمد نمی‌کنیم، ما این موضوع را بد می‌دانیم، در بین ما رسم نیست.

فعالیت: مهارت قاطعیت در موقعیت‌های پرخطر، دشوارتر و پرفشارتر

۱. صفحه گرامافون خط افتاده (تکرار یک جمله در اصرار یک دوست برای انجام کار ناپسند با عبارات متفاوت)

۲. پافشاری و اصرار در رد پیشنهاد (من فکر می‌کردم تو دوست منی)

۳. اجتناب و دور شدن از موقعیت (من کار دارم)

فعالیت: در مواردی که رفتار جنبه منفی و خطرناکی ندارد می‌توان از موارد زیر استفاده کرد:

۱. بیان همدلانه موقعیت (من امروز نمی‌توانم بیایم و می‌فهمم که خیلی برنامه‌ات خراب شد).

۲. تعریف و قدردانی (خیلی محبت کردی که این برنامه را پیشنهاد کردی ولی من واقعا نمی‌توانم امروز بیایم).

۳. معذرت‌خواهی از وضعیت موجود (من نمی‌توانم امروز بیایم و خیلی متاسفم که خودت باید تنها بروی).

۴. سعی در پیدا کردن راه حل دیگری که مورد قبول دوطرف باشد (من امروز نمی‌توانم بیایم ولی چطوره که با هم یک گپی در اینجا بزنیم؟).

فعالیت: به منظور تمرین بیشتر و تسلط افراد خانواده، درمانگر از آنها می‌خواهد که یکی از محتوای رد قاطعانه را با توجه به تمام عوامل مربوط به نحوه بیان و اظهار قاطعیت ایفای نقش کنند.

فعالیت: برای تبیین نقش حالت غیرکلامی در رفتار و گفتار قاطعانه به انواع رفتارهای غیرکلامی اشاره می‌شود: تماس چشمی، تظاهرات عاطفی صورت، وضعیت بدنی، و تناسب حرکات. به منظور تسلط بیشتر افراد خانواده بر عوامل غیرکلامی رفتار قاطعانه موقعیتی به آنها ارائه می‌شود تا کلیه عوامل مربوط به رفتار قاطعانه به خصوص عوامل غیرکلامی را رعایت کنند و به ایفای نقش پردازند.

جلسه هشتم: آموزش مثبت‌نگری و کشف نقاط قوت، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.

فعالیت گروهی در زمینه مثبت‌نگری و کشف نقاط قوت: شناخت نقاط قوت افراد، مجموعه

نظام‌داری از شیوه‌هایی است که به منظور تسهیل ایجاد نگرش مثبت نسبت به خویشان و دیگران طراحی شده است. در این روش افراد تشویق می‌شوند تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را بازشناسند

و نقش آنها را در افزایش و ارتقای احترام به خود و عزت نفس بازشناسی کنند، در عین حال توانایی شناخت جنبه‌های مثبت دیگران را نیز کسب کنند.

روش مثبت‌نگری در پنج مرحله انجام می‌گیرد:

در مرحله نخست از اعضای خانواده خواسته می‌شود نقاط قوت خود را نام ببرند. عده‌ای از افراد به علت عزت نفس پایین و یا به دلیل احساس حقارت و یا افسردگی شدید و یا بنا به سایر دلایل روانی توانایی بیان نقاط قوت خود را ندارند و یا هیچ نقطه‌ی قوتی را در خود نمی‌یابند. از این افراد خواسته می‌شود که نقاط قوت خود را از دیدگاه دیگران بیان کنند، یعنی بگویند به نظر خودشان دیگران چه نقاط مثبتی را در آنها می‌بینند.

در مرحله دوم از آنها خواسته می‌شود حداقل ۵ تجربه خوب خود را نام ببرند، مواردی مانند انجام کار خوبی که از آن لذت برده‌اند و از انجامش احساس شادی و غرور می‌کنند. سپس به هر یک از اعضای خانواده این فرصت داده می‌شود که درباره خاطرات خوب خود صحبت کنند و به توصیف و تشریح بسیاری از تجربیات مثبت و خوب خود برای سایر اعضای خانواده بپردازند. بقیه اعضا سعی می‌کنند پس از شنیدن مطالب، نقاط قوت گوینده را به دقت شناسایی و از آنها فهرست برداری کنند.

در مرحله سوم، هر فردی نوبت می‌گیرد تا نکات مثبتی را که درباره دیگری تشخیص داده است به او بگوید. فهرست مربوط به هر فرد را به خود او می‌دهد. این عمل را همه اعضای خانواده درباره یکدیگر انجام می‌دهند.

در مرحله چهارم، بر تمرین‌هایی تاکید می‌شود که طی آن شخص بتواند اهمیت نسبی نقاط قوت مطرح شده در مرحله اول، دوم و سوم را به ترتیب اولویتشان مشخص سازد. بنابراین در این مرحله از آنها خواسته می‌شود که به نقاط قوت قابل اتکایی اشاره کنند که در این تجارب خوشایند از آنها استفاده کرده‌اند. افراد طیف وسیعی از قضاوت‌های شخصی خود را نسبت به خویشان بیان می‌کنند که نقاط قوت خوانده می‌شود.

سپس، اعضاء نقاط قوت مشخص شده خود را به ترتیب اولویت معین می‌کنند و با توجه به مراحل قبلی که ذکر شد، پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خوانده می‌شوند انتخاب می‌کنند.

در آخرین مرحله به آنها گفته می‌شود شواهد و معیارهایی ارائه کنند دال بر این که با ارزش‌ترین و معتبرترین نقاط قوت آنها قابل اتکا هستند. افراد برای سنجش واقعیت این توانمندی‌ها به توصیف بسیاری از حوادث گذشته می‌پردازد که طی آن، وجود این نقاط قوت برای آنها به اثبات رسیده و به کار گرفته شده‌اند.

جلسه نهم: بازسازی شناختی از طریق جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی. بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.

مهم‌ترین کنش تکنیک‌های بازسازی شناختی، آموزش الگوهای تفکر سازش یافته‌تر به افراد است تا بتوانند به کمک آنها، به کشف الگوهای فکری منفی و تحریف شده در خود بپردازند و بدین وسیله تأثیرات آسیب‌رسان این الگوهای فکری را تشخیص دهند و به جای دریافت‌های شناختی ناکارآمد خود، الگوهای فکری سازش یافته‌تر و درست‌تری را جایگزین سازند. دریافت‌های شناختی زمانی ناکارآمد محسوب می‌شوند که به صورتی مزمن، غیر واقعی و نادرست به نظر برسند و در پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناخواسته نقش داشته باشند. درمانگر از تکنیک‌های بازسازی شناختی برای تغییر باورها، نگرش‌ها و مفروضه‌های نادرست افراد استفاده می‌کند. این تکنیک‌ها بر این فرض استوارند که اگر افراد در زمینه بازشناسی و اصلاح تحریف‌هایی که از واقعیت به عمل می‌آورند، آموزش ببینند، می‌توانند برای تغییر پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناکارآمد مرتبط با خود، در موقعیت بهتری قرار بگیرند. علایم شناختی‌ای که می‌تواند شامل باورها، تعبیر و تفسیرها، خودگویی‌های^۱ فرد و فرآیندهای شناختی تحریف شده باشند، به عنوان هدف مداخله‌های بازسازی شناختی تعیین می‌شوند.

درمانگر از همان ابتدا، با درخواست از اعضای خانواده برای شرح موقعیت‌های آشفته‌ساز خاص و افکار ملازم آنها، مشخص کردن دریافت‌های شناختی ناکارآمد را در آنها آغاز می‌کند. او توضیح می‌دهد که هرگاه شخص دریابد که این افکار چگونه ممکن است در بروز احساسات و عکس‌العمل‌های رفتاری ناخواسته سهیم باشند، علل رفتار خود را بهتر می‌فهمد. این موضوع فرد را قادر می‌سازد تا در موقعیت مذکور، به فعالیت‌های سازنده‌ای دست بزند. هدف از این توضیح کوتاه،

^۱ self - statements

ارائه استدلالی قانع کننده برای مشارکت اعضای خانواده با درمانگر، در تحلیل شناختی است. درمانگران می‌باید با استخراج اطلاعات بیشتر درباره اسنادها، مفروضه‌ها و باورهای مراجع، دریافت‌های شناختی ناکارآمد او را از بین ببرند. آنان باید به حد کافی شرکت‌کنندگان را راهنمایی کنند تا آنها بتوانند باورها و مفروضه‌های ناکارآمد خود را واریسی کنند. البته، آنها نباید فرضیه‌های آزمون نشده خود را، مفروضه‌های زیربنایی مراجع تلقی کنند.

ضرورت دارد تا درمانگر، به بعضی جمله‌ها و گفته‌های افراطی مراجع که همیشه با کلمات «باید»، «بایستی»، «مجبورم» و «همیشه» شروع می‌شوند، توجهی ویژه مبذول کند، زیرا این کلمات غالباً نشان دهنده طرح‌ها و الگوهای شناختی فاقد انعطاف هستند. به درمانگران توصیه می‌شود که گفته‌های مراجع درباره خود^۱ توجه کنند. هم‌چنین باید به سنخیت انواع موقعیت‌هایی که افراد آنها را ناخوشایند می‌دانند و به دریافت‌های شناختی سرشار از بار عاطفی^۲، و نیز به دریافت‌های شناختی‌ای که به دلیل آن‌که در کنه دیدگاه‌های مراجعان قرار گرفته‌اند، نسبت به تغییر مقاوم‌ترند، توجه ویژه‌ای بکنند. درمانگر هم‌چنین در گفته‌های افراد خانواده به پیگیری و کشف نمونه‌هایی از مقوله‌ها و طبقه‌هایی می‌پردازد که بک در مورد سبک‌های پردازشی تحریف شده مطرح کرده است؛ مانند «شانس باعث پیشرفت میشه، نه کار و تلاش سخت!» (استنتاج مبتنی بر شانس)؛ انتزاع انتخابی و گرینشی؛ بیش‌تعمیم دهی؛ تفکر دو مقوله‌ای.

مراحل بازسازی شناختی عبارتند از:

۱. استخراج اطلاعات شناختی ضروری، برای کشف الگوهای افکار خودکار، باورهای غیرواقع‌گرایانه، و پردازش اطلاعات به صورت تحریف شده.
۲. کمک به مراجع برای تحلیل محتوای دریافت‌های شناختی‌اش.
۳. چالش با دریافت‌های شناختی ناکارآمد و سبک‌های ناقص در پردازش اطلاعات، و کشف مفروضه‌ها، باورها و سایر تبیین‌های علی.
۴. مقرر کردن تمرین‌هایی برای اعضای خانواده تا آنها مفروضه‌ها و باورهای ناکارآمد خود را که شناسایی شده‌اند، بیازمایند.

^۱. self - referant

^۲. emotionally – laden cognitions

تکنیک‌های بازسازی شناختی

مرحله اول: تکنیک‌های خاص استخراج اطلاعات شناختی

درمانگر از تکنیک‌هایی که در سطور زیر می‌آیند، به منظور استخراج اطلاعات شناختی که حاوی ادراکات و تصورات، انتظارات، اسنادها، فرض‌ها و باورهای تحریف شده در مراجع هستند، استفاده می‌کند و همزمان، آگاهی او را از گفتگوهای درونی^۱ با خودش افزایش می‌دهد. به افراد خانواده گفته می‌شود که به آنها آموزش می‌دهند تا آگاهی بیشتری درباره افکار خودکار خویش به دست آورند. چنین توضیح داده می‌شود که افکار خودکار غالباً به تفسیر، قضاوت و نامگذاری وقایعی که در زندگی روزانه شخص اتفاق می‌افتند، ارتباط دارند و اینکه بعضی از افکار خودکار منفی، با عواطف ناخوشایند و شدید و رفتارهای ناخواسته، مرتبط هستند. درمانگر این نکته را نیز شرح می‌دهد که اگر شخص بتواند آموزش ببیند تا افکار خودکار منفی را در خود تشخیص دهد، آن گاه می‌توان به او کمک کرد تا این افکار و عواطف ناخوشایند و نامطلوب و رفتارهای خودتخریبگرانه همراه با آنها را کنترل کند.

تکنیک مرور آنی^۲: وقتی افراد در جلسه دستخوش احساسات منفی می‌شوند، اما قادر نیستند افکار خودکار توأم با آنها یا افکار آشکار ساز آنها را مشخص کنند، از آنان خواسته می‌شود تا محرک‌های آشفته‌کننده و پاسخ‌هایشان به آن محرک‌ها را در ذهن خود مرور کنند. اگر افراد چشمان خود را در حال انجام این تکلیف ببندند، نتیجه بهتر می‌شود. پس از این که افراد خانواده چشمان خود را بستند، از آنها خواسته می‌شود تا سعی کنند یک تصویر دیداری از واقعه را بازآفرینی، و تصورات و افکار همراه با آن را گزارش کنند.

مرحله دوم: تکنیک‌هایی برای تحلیل دریافت‌های شناختی

این مرحله، شامل تجزیه و تحلیل مشارکتی درمانگر-مراجع (ها) از دریافت‌های شناختی آنها، برای تشخیص الگوهای خاص افکار خودکار تحریف شده و منفی است. در ابتدا درمانگر و افراد خانواده همراه یکدیگر تعیین می‌کنند که هر یک از افراد خانواده به چه فکر می‌کند، چگونه فکر می‌کند، اساس تفکر وی چیست، و فواید و زیان‌های نتیجه‌گیری از این الگوی فکری چیست. علاوه بر مشخص کردن موضوعات تکراری و انواع خطاهای منطقی در افکار خودکار افراد، به آنها آموزش داده می‌شود تا وقایع محیطی را که باعث افکار منفی می‌شوند، مشخص کنند.

^۱. internal dialogue

^۲. Istant Replay Technique

مشخص کردن باورهای منفی و وقایع فعال کننده مرتبط با آنها

به اعضای خانواده آموزش داده می‌شود تا وقایع فعال کننده‌ای را که پیش از عقاید و افکار خودکار و منفی آنها به ذهنشان می‌آیند، مشخص کنند. «برگه ثبت روزانه رفتار و افکار» به این منظور تدوین شده است که به آنها کمک کند تا وقایع فعال کننده مرتبط با افکار خودکار منفی را که بین جلسه‌ها روی می‌دهند، مشخص کنند. از اعضای خانواده خواسته می‌شود تا موقعیت‌های آشفته کننده‌ای را که هر هفته، با آنها مواجه می‌شوند، به طور مختصر توصیف کنند و افکار منفی و خودکار همراه با این موقعیت‌ها را نیز ثبت کنند. آنها را ابتدا باید از اینکه در حال فکر کردن به افکار منفی هستند، آگاه کرد و بعد، آنها باید واقعه‌ای را که باعث این فکرها شده است، مشخص کنند. از سوی دیگر، ممکن است آنها ابتدا با یک واقعه یا تعامل آشفته کننده مواجه شوند و سپس افکار خودکار توأم با آنها را ثبت و مشخص کنند.

مشخص کردن پیامدهای باورهای منفی

به افراد آموزش داده می‌شود تا پیامدها و نتایج باورهای منفی خود را که به طور کلی ناکارآمد و ناخوشایند هستند، مشخص سازند. این تمرین غالباً آنها را برای آزمودن و ارزیابی و تغییر این عقاید، برمی‌انگیزاند.

آموزش به افراد برای تمایز بین مشاهدات، تعبیرها و تفسیرها

در زمینه تحلیل موقعیت‌های آشفته کننده به طور عینی‌تر، به افراد آموزش داده می‌شود تا بین مشاهدات عینی و تفسیرهای ذهنی خود از واقعه، موقعیت یا تعاملی معین، تمایز قایل شوند.

آموزش به افراد برای مشخص کردن باورها و تعبیرهای غیرمنطقی

درمانگر تحریف‌های شناختی موجود در گفته‌های افراد خانواده را به عنوان قسمتی از ارزیابی شناختی، مشخص و نامگذاری می‌کند و مداخله‌ای را در زمینه بازسازی شناختی طرح ریزی می‌کند تا از آن، برای تغییر تحریف‌های پیش گفته بهره گیرد. مفاهیم مرتبط با تحریف‌های شناختی باید به گونه‌ای بسیار ساده ارائه شوند. در این مورد، درمانگر باید چند نکته را مطرح سازد:

۱. بسیاری از افکار منفی افراد، عملاً تفسیرهایی نادرست و غیر منطقی از موقعیت‌ها هستند که به صورت افکار نادرست و غیر واقعی مطرح می‌شوند.

۲. افکار و موضوعات زیرساز که با عواطف منفی یا رفتارهای خودتخریب‌گرانه مرتبطند یا علت این عواطف و رفتارها هستند، باید به دقت مورد بررسی قرار بگیرند تا مشخص شود که آیا فرد، از موقعیت‌ها، تفسیرهای نادرست و غیرمنطقی به عمل آورده است یا خیر (یا برعکس، این تفسیرها، مشاهداتی دقیق از موقعیت‌ها هستند).
۳. تعبیرها و تفسیرهای نادرست و غیر منطقی، معمولاً قسمتی از باورهای غیر منطقی شخص هستند. بسیار مهم است که باورهای غیر منطقی پیش گفته، پنهان نمانند و آشکار شوند، زیرا آنها احتمالاً علت احساسات منفی ناخواسته و رفتارهای خودتخریب‌گرانه در افراد هستند.
۴. اگر افراد دریابند که افکار و باورهای آنها غیر منطقی هستند، این امکان هست که یاد بگیرند تا افکار منطقی‌تر، واقع‌گرایانه‌تر و مثبت‌تری را جایگزین آنها کنند.

مرحله سوم: تکنیک‌های تغییر شناختی

پس از اینکه اعضای خانواده آموختند تا افکار خودکار توأم با رفتارها و عواطف ناکارآمد را مشخص کنند و پس از این که اطلاعات چندی درباره باورهای زیرساز افکار خودکار به دست آوردند، درمانگر به آنها کمک می‌کند تا این باورها را عینی‌تر مورد بررسی مجدد قرار دهند و آنها را با استفاده از تکنیک‌های تغییر شناختی، تغییر دهند. تکنیک‌های تغییر شناختی به منظور چالش با دریافت‌های شناختی منفی ناکارآمد و سبک‌های پردازش اطلاعات ناقص و ضعیف، و همچنین به منظور کشف مفروضه‌ها، باورها و توضیحات علی جایگزین از طریق تلاش مشترک مراجعان و درمانگر تدوین شده‌اند.

تکنیک «شواهد کدامند؟»^۱

از این تکنیک برای کمک به افراد به منظور کشف منطق ناقصی که زیربنای باورها و تفسیرهای تحریف شده آنهاست، استفاده می‌شوند. از افراد خانواده خواسته می‌شود تا شواهد موافق یا مخالف باورها و تفسیرهایشان را از وقایع، فراهم کنند. به عنوان شاهد می‌توان هم از مشاهدات و تجارب گذشته و هم از مشاهدات و تجارب کنونی استفاده کرد. به علاوه، ممکن است برای آنها، تکالیفی تعیین شود تا به منظور آزمودن شواهد در فاصله جلسه‌ها، از آنها استفاده کنند. متقابلاً، تفسیرهای واقع‌گرایانه‌تر در مورد موقعیت را می‌توان با استفاده از «تکنیک جایگزین»^۲ مورد نظر قرار داد.

^۱ "What's the Evidence" Technique

^۲ Alternative Technique

تکنیک جایگزین

این تکنیک، مستلزم آموزش فرد به منظور جست و جو و کاوش در تفسیرهای جایگزین از موقعیت (براساس منطق، استدلال و بررسی شواهد، و نه براساس عکس‌العمل‌ها و واکنش‌های عاطفی) است. به افراد خانواده کمک می‌شود تا موضوعات و تحریفات موجود در تفکرشان را ارزیابی کنند؛ تحریفات و موضوعاتی که مانع می‌شود تا آنها را به راه‌حل‌های سازش‌یافته‌تر جایگزین بپردازند. به علاوه، به آنها کمک می‌شود تا به جستجوی راه‌حل‌های جایگزین در مورد واقعه مشکل‌آفرین بپردازند و از روی آوردن به راه‌حلی که «قدیمی» هستند و به صورت عادت درآمده‌اند، امتناع کنند. این تکنیک، به ویژه برای مشکلات ناامیدی و مشکلاتی که از نظر فرد غیرقابل حل تصور می‌شوند، بسیار سودمند است. سپس، ممکن است به منظور آزمودن اعتبار تفسیرهای جایگزین و جدید و در زمینه به کارگیری پاسخ‌های رفتاری جایگزین و نو، تکلیف‌هایی عملی برای فرد تعیین شوند.

جلسه دهم: اصلاح تحریف‌های شناختی و تکنیک‌های شناختی کنترل خود، بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی

آموزش در زمینه موارد همبسته با سبک‌های تفکر تحریف شده چندین روش اصلاحی در مورد موارد همبسته با سبک‌های فکری تحریف شده ارائه شده است. آگاهی از این موارد، برای تدوین مربوط به تغییر شناختی در افراد سودمند است:

۱. **استنتاج دلخواهی یا مبتنی بر شانس:** آموزش به افراد برای گردآوری شواهد قوی برای آزمودن نتیجه‌گیری‌هایشان.

۲. **بیش‌تعمیم‌دهی:** آموزش به افراد تا بررسی کنند چه میزان از شواهد، نتیجه‌گیری‌هایشان را تأیید می‌کند. این کار از طریق فهرست کردن: الف) شواهدی که از نتیجه‌گیری حمایت می‌کنند؛ ب) شواهدی که برخلاف نتیجه‌گیری هستند؛ و ج) نتیجه‌گیری جایگزین، انجام می‌شود.

۳. **کوچک‌نمایی یا بزرگ‌نمایی («فاجعه‌سازی»):** آموزش به افراد تا واقع‌گرایانه و بر مبنای آمار و درصد، میزان احتمال رویداد واقعه ترسناک را بیان کنند (مثلاً، بگویند که شانس وقوع واقعه‌ای مشخص ۱۰ یا ۹۰ درصد است).

¹. catastrophizing

۴. **تفکر دو مقوله‌ای:** آموزش به افراد برای این‌که از خودشان بخواهند که اگر به صورت «همه یا هیچ» می‌اندیشند، آن را تغییر دهند و موارد مختلف را به صورت درصدهای محتمل، در نظر بگیرند.
۵. **توهم کنترل:** آموزش به افراد برای پذیرش این‌که هر فرد در قبال اتفاقی که برایش رخ می‌دهد، خود مسئول و مقصر است.
۶. **خطای مربوط به تغییر:** آموزش به افراد در مورد این‌که برای ایجاد تغییر باید به خود تکیه کنند نه به دیگران.
۷. **«بایدها»:** به کارگیری تکنیک‌هایی برای تغییر «بایدها» که شامل موارد زیر است:
 - ۱) بررسی اینکه «بایدها» را چه هنگام باید به کار برد؛ و چه هنگام نباید به کار برد؛
 - ۲) مقایسه «بایدهای» فرد با «خواسته‌های» او؛
 - ۳) محاسبه و ثبت «بایدهای» خودکار؛
 - ۴) بررسی پیامدهای در نظر گرفتن قاعده «بایدها».

افزایش افکار و خودگویی‌های مثبت درباره خود

به منظور کاستن از فراوانی افکار منفی، ممکن است به افراد خانواده تکنیک جایگزینی افکار منفی را با افکار مثبت و متضاد با آنها، آموزش داد. بعد از این‌که آنها یاد گرفتند افکار منفی تکراری خودشان را مشخص کنند، به آنها آموزش داده می‌شود تا برای هر فکر منفی، افکار مثبت و متضادی را در ذهن خود ایجاد کنند. برای آنان شرح داده می‌شود که جایگزین کردن افکار منفی به جای افکار مثبت متضاد، به کنترل احساسات منفی کمک می‌کند. افکار مثبت متضاد، افکار مثبت یا واقع‌گرایانه‌ای درباره هر واقعه یا موقعیت هستند. درمانگر از طریق مطرح کردن یک فکر مثبت متضاد در برابر هر یک از افکار منفی افراد خانواده، این تکنیک را در عمل به آنها نشان می‌دهد. سپس درمانگر و افراد خانواده نقش‌های خود را عوض می‌کنند. درمانگر می‌گوید: «حالا من یکی از افکار منفی شما را به زبان می‌آورم و شما در برابر آن، یک فکر مثبت به من بگویید».

تغییر تصورات (ادراک‌های) اجتماعی نادرست

تغییر ادراک‌های اجتماعی نادرست، برای آن دسته از افرادی که به طور مکرر نشانه‌های اجتماعی را به صورت نادرست تعبیر و تفسیر می‌کنند، یکی از مؤلفه‌های مهم آموزش مهارت‌های اجتماعی است. به اعضای خانواده آموزش داده می‌شود تا بین مشاهدات عینی خود از تعاملات اجتماعی و

تعبیر و تفسیرهای ذهنی شان از نیت و باورهای دیگران (که غالباً هم نادرست است) تمایز قایل شوند. از آنها خواسته می‌شود تا از تعاملات اجتماعی آشفته کننده در زندگی روزانه خود، مثال‌هایی بزنند و بین «مشاهدات» و «تعبیرها و تفسیرهایشان» از موقعیت‌ها، تمایز قایل شوند. به آنها آموزش داده می‌شود تا دقیقاً آن چیزی را که دیگران گفته‌اند یا انجام داده‌اند، شرح دهند و آنها را «مشاهدات» بنامند. سپس به آنها آموزش داده می‌شود تا اسنادها، فرض‌ها، باورها و استنتاج‌های خود را درباره تعاملات، افکار، و مقاصد و نیات اشخاص دیگر کشف کنند و آنها را «تعبیر و تفسیر» بنامند. سپس به افراد خانواده کمک می‌شود تا تعبیر و تفسیرهای غیرواقعی خود را مشخص کنند و آنها را به چالش بکشند و از مقاصد، نیات، باورها و افکار اشخاص دیگر، تفسیرهای جایگزین، متقابل و واقعی‌تر ارائه دهند. امکان دارد درمانگر با ارائه تفسیرهایی کمتر قضاوت‌گرانه، به افراد کمک کند.

تکنیک‌های شناختی کنترل خود^۱

تکنیک‌های خودآموزی شناختی، رویکردهایی از نوع بازسازی شناختی هستند که برای آموزش افراد طرح شده‌اند تا آنها بتوانند با دادن دستورهای درونی به خود، رفتارهای مشکل‌آفرینی چون عصبانیت شدید، تکانشوری ذهنی^۲، و اضطراب را در خود کنترل کنند. به علاوه، از مداخله‌های خودآموزی شناختی (که گاهی اوقات به آن آموزش خودآموزی^۳ هم گفته می‌شود)، برای رفع اختلال‌های رفتاری مانند پرخاشگری، سوءمصرف مواد مخدر، و فعالیت بزهکارانه و نیز حل مشکلات و تعارض‌های بین فردی استفاده می‌شود. اکثر مداخله‌های خودآموزی شناختی، دارای یک طرح کلی هستند. ابتدا، درمانگر چارچوب مفهومی این مداخله‌ها را با استفاده از کلماتی ساده و قابل فهم، برای فرد توضیح می‌دهد، و مفهوم گفته‌های خصوصی^۴ و تأثیر آنها را روی رفتار ارائه می‌کند. سپس اطلاعات مربوط به گفته‌های خصوصی فرد یا گفته‌های او به خود هنگام رفتارهای ناکارآمد، با استفاده از طرح زیر، استخراج می‌شود:

موقعیت	بیان سازش نیافته	رفتار	پیامد
مورد توهین قرار گرفتن توسط یکی از افراد خانواده	باید به او جواب توهین‌آمیزی بدهم	توهین کردن به آن فرد	شدیدتر شدن بحث و مجادله

^۱. cognitive self - control

^۲. cognitive impulsiveness

^۳. self - instructional training

^۴. private speech

در مرحله بعد، درمانگر ماهیت خود تخریب‌گرانه گفته‌های فرد را که با رفتارهای هدف همراهند، برای او توضیح می‌دهد. گفته‌های سازش‌یافته‌تری را پیشنهاد می‌کند و شخصاً کاربرد آن را نشان می‌دهد. سپس از افراد خانواده خواسته می‌شود تا این گفته‌ها را مرور و تمرین کنند و به زبان خودشان مطرح کنند. در حالی که در جلسه، به ایفای نقش در موقعیت‌های مشکل‌زا می‌پردازند، برای مرور گفته‌های جدید هم آموزش می‌بینند. این ایفای نقش، شامل اجرای رفتارهای ناکارآمد هدف هم می‌شود. بعدها از آنها خواسته می‌شود تا به طور مستقل، گفته‌های درونی ناکارآمد خود را مشخص کنند و از گفته‌های سازش‌یافته‌تری استفاده کنند. سرانجام از هر یک از افراد خانواده خواسته می‌شود تا این مهارت‌های خودشناختی را در موقعیت‌های روزانه به کار گیرند و پیامدهای آن را یادداشت کنند تا این اطلاعات، در جلسه بعدی مورد استفاده قرار بگیرد.

جلسه یازدهم: آموزش مهارت کنترل خشم.

خشم و مهار آن

خشم پاسخ ما به تفکرات خشمگین‌کننده درونی ماست که به واسطه احساس و رفتار غیرمنصفانه در ما ایجاد می‌شود. افراد چنین تفکراتی را بدون هیچ دلیل منطقی می‌پذیرند، خود را محق می‌دانند و به خود می‌گویند: «من، چنین حالتی را نمی‌توانم تحمل کنم. این غیر قابل تحمل است.» به این ترتیب آن‌ها خشمگین (عصبانی) شده و برخوردی عجولانه انجام می‌دهند. گاهی اوقات نتایج زودرس خشم تا حدودی رضایت بخش است؛ به طوری که به آنها احساس تسلای گذرا و فروکش‌کننده تنش دست می‌دهد. گاه دیده می‌شود افراد از خشمناک شدن خود لذت می‌برند. زیرا این امر به آنها کمک می‌کند تا بتوانند با موقعیت‌های تنش‌زا مقابله کنند. آنها از خشم به عنوان یک عامل محرک و نیرودهنده و وسیله اولیه یا اسباب ابراز احساسات خود بهره می‌گیرند. به طور کلی، خشم و عصبانیت به یک وسیله دفاع شخصی تبدیل می‌شود؛ زیرا بر نحوه برخورد و ابراز احساس و لحن صدا اثر می‌گذارد، باعث بدرفتاری، تجاوز به حقوق دیگران و از دست رفتن تسلط فرد می‌شود. به علاوه، ارتباطات با معنای او را کاملاً از بین می‌برد و موقعیت حاکم را از مرحله بد به بدتر می‌کشاند. هم‌چنین خشم برای این گونه افراد مساوی با قدرت محسوب می‌شود. وقتی که ما در معرض شکست، تحقیر و تحت فشار اضطراب قرار داشته باشیم به ظاهر ترجیح می‌دهیم، عصبانی و قدرتمند ظاهر شویم تا نگران، ترسیده و مشوش.

اثرات خشم اغلب مخرب است و به ایراد ضربات جسمی یا روانی بر خود و دیگران منجر می‌شود؛ استعدادها و توانایی‌های انسان‌ها را ویران می‌سازد و نیز باعث ایجاد احساس پشیمانی، نوعی

شرمندگی و عذاب وجدان می‌شود. احساسات خشم آلود همگی با یک تفکر غیر عقلانی و غیرمنطقی فردی در مورد یک موضوع و موقعیت خاص در شخص به وجود می‌آید. این تفکرات و یا باورها به طور کلی تابع توالی زیر می‌باشند:

۱. تو به خاطر برخورد غیرمنصفانه‌ات با من، فرد ناشایسته‌ای هستی.
 ۲. من نمی‌توانم تحمل کنم با من چنین رفتاری شود.
 ۳. تو اجازه نداری با من چنین رفتاری داشته باشی و من هم تحمل نمی‌کنم.
- با چنین تفکری، به دو نتیجه خواهید رسید:
- الف) شخصی که با شما بدرفتاری کرده است انسان بدی است.
- ب) با شما غیرمنصفانه رفتار شده است.

این دو باور بدون تردید شما را با به عصبانی شدن و برخورد خشم‌آلود سوق می‌دهد. در **حالت اول**، شما رفتار یک فرد را با تمام وجود او مساوی گرفته‌اید. وقتی می‌گوئید: فلانی ابله است. در واقع شما برچسب ابله را یکباره و به طور کلی به وی نسبت داده‌اید و پیش خود چنین برداشت می‌کنید که هرگز از وی انتظاری غیر از رفتار ابلهانه نخواهید داشت. به طور مشابهی، اگر او را فردی خشن، سخت، پست و متظاهر معرفی کنید، کم و بیش هرچه او در آینده انجام دهد شما را عصبانی خواهد ساخت، چرا که شما از وی انتظار انسانی احمق، ناخوش آیند و یا کینه‌ای و انتقام‌جو دارید (همان چیزهایی که یک بار در ذهن خود به او نسبت داده‌اید). این عدم توانایی و نارسایی در تمایز قائل شدن بین شخصیت کلی یک فرد و رفتار او، به بروز و ظهور موارد مهار نشده‌ای از عصبانیت منجر می‌شود. مسلماً در مواردی برای افراد پیش می‌آید که رفتاری ابلهانه و یا ناشایست داشته باشند. اما این بدان معنا نیست که آنان همیشه افرادی ابله و یا ناشایسته هستند. با درک و تفکیک رفتار یک شخص از شخصیت کلی وی در یک موقعیت، می‌توان بی‌طرفانه و بی‌هیچ غرض‌ورزی به تجزیه و تحلیل موقعیت پرداخت و عکس‌العمل خشم‌آلود خود را تغییر داد.

بررسی تفکرات خود

از آنجا که تفکرات شما علت‌های اصلی احساسات شما هستند، لازم است ابتدا افکار خود را به چالش بگیرید و درباره روش‌ها جدل کنید. دفعه بعد که اعضای خانواده شما حرفی می‌زنند که نوعی احساس بی‌عدالتی و بی‌انصافی در شما یا توهین برای شما به وجود می‌آید و به خود می‌گویید: «آنها نباید با من چنین کاری می‌کردند، من به حساب آنها خواهم رسید و تلافی خواهم

کرد». این طرز فکر خشم‌آلود می‌تواند فرصتی به شما بدهد تا آن را در جهت عکس، یعنی بیرون آمدن از خشم به کار بگیرید. عجلولانه عمل نکنید، بلکه فرایند مبارزه را علیه افکار خود آغاز کنید. می‌توانید از تکنیکی استفاده کنید که به آن روش «دو ستونی» می‌گویند. به این ترتیب که در یک طرف صفحه تفکرات خشم‌آلود خود و در طرف دیگر آن، جایگزین‌های منطقی‌اش را بنویسید. در نمایه زیر تعدادی از اظهارات خشم برانگیز و عکس آنها یعنی فرونشاندن خشم را متذکر می‌شویم.

نمایه ۱. نمونه‌ای از اظهارات خشم برانگیز و فرونشاندن خشم

محرک خشم

مردم نباید با من چنین کاری بکنند.
من چنین کاری با آنها نمی‌کردم.

مسکن خشم

این حرف بی‌معناست. همه که با معیارها و طرز تفکر من
زندگی نمی‌کنند، پس چطور می‌توانم در مورد آنها و
عملکردهایشان حکم کلی صادر کنم؟! در ضمن مردم
عموماً همان رفتاری را با من دارند که من با آنها دارم،
شاید همیشه هم این طور نباشد!

اگر من با کسی خوب برخورد کردم، او باید از من
قدردانی کند. این خیلی خوب است که مردم همیشه قدرشناس باشند
ولی خوب! گاهی هم این اتفاق نمی‌افتد!

اگر برای به دست آوردن چیزی تلاش می‌کنم حتماً
باید آنرا به دست آورم. من از کسی طلب کار نیستم. چه کسی گفته است
من باید همیشه موفق باشم!؟

اگر کسی با من برخوردی غیرمنصفانه کرد، من حق
دارم عصبانی بشوم. تمام مردم این موقعیت را دارند که عصبانی بشوند.
ولی آیا این که من عصبانی بشوم به معنای برتری من
است و یا اساساً فایده و سودی برای من دارد؟ اصلاً
محاسن و معایب عصبانی شدن من چیست؟

این گونه انتقاد از فکر کردن شما چیزی نیست که باعث تغییراتی آنی در زندگی شما بشود، بلکه این امر نیازمند نظم و تلاش مداوم است، چراکه در اکثر ما تمایلات بالقوه‌ای به خشم وجود دارد. با این حال، بدان معنا نیست که ناگزیر به چنان رفتاری باشیم. شما می‌توانید انتخاب کنید که چنین نباشید، می‌توانید آزادانه بیندیشید، مباحثه کنید و سرانجام به گونه‌ای متفاوت عمل کنید. باور مهم دیگری که باید روی آن کارکرد این است «خود را بی‌قید و شرط قبول داشته باشید». یعنی مثلاً حتی اگر عصبانیت شما گاهی بروز می‌کند یا حتی اگر پی در پی این گونه می‌شوید و این امر باعث آزار

شما و دیگران می‌شود، اعتراف کنید که ممکن است رفتار بدی از شما سرزده باشد، ولی این بدان معنی نیست که شما انسان بدی هستید. مفهوم قبول بی قید و شرط خود در غلبه بر عقاید غیرمنطقی مهم است. اگر خود را موجودی بی‌ارزش و مهارنشده می‌دانید، معلوم می‌شود هیچ تمایلی ندارید که رفتار غیرارادی و شکست خود را کنترل کنید.

روش‌های عاطفی

یک روش سودمند برای کنترل خشم تصویرسازی ذهنی عاطفی-منطقی^۱ است. این روش بدین صورت است: یک موقعیت یا یک سلسله وقایع را تا آنجا که می‌توانید روشن، کامل و فشرده در خیال مجسم کنید؛ واقعه‌ای که شما را مشوش کرده باشد. مثلاً مشاجره‌ای که با یکی از افراد خانواده داشته‌اید. ممکن است ابراز خشم‌تان در مقابل آنها انجام شده باشد یا در زمانی که کسی به شما ناسازی گفته است یا به ناحق اتهامی به شما زده باشند. بگذارید احساسات شما با شدت هرچه تمام‌تر از درون شما فوران کند. بگذارید چنین احساساتی به طور کامل برای چند دقیقه وجود شما را دربرگیرد. حال دوباره همان صحنه‌ها را تصور کنید. آن لحن ناخوش‌آیند، آن تهدیدها، نگاه‌های سایر اعضای خانواده که حاکی از بی‌اعتمادی نسبت به شما بوده است. اما این بار واقعاً بکوشید تا احساسی متفاوت داشته باشید. با تمام توان خود سعی کنید به جای شدت عصبانیت، رنجیدگی و ناامیدی را حس کنید. نگاه دقیقی به آنچه انجام داده‌اید تا احساساتتان را تغییر دهید بیندازید. اگر احساسات خشم‌آلود شما، آن‌گونه که تلاش کردید تا به گونه‌ای رضایت‌بخش تعدیلشان کنید، تغییر نکرد، این تصورات ذهنی را از حوادث ناگوار همچنان ادامه دهید و همین‌طور روی احساسات خود کار کنید تا این که بتوانید حس خشم را به نوعی حس رنجیدگی تبدیل کنید. حالا توانسته‌اید احساساتی را در خود خلق کنید. پس می‌توانید آنها را تغییر دهید. اگر تمرین تصورات منطقی-عاطفی را به مدت چند هفته برای حداقل ده دقیقه در روز ادامه دهید، درخواهید یافت وقتی در مورد صحنه‌ای می‌اندیشید که به طور طبیعی شما را عصبانی خواهد کرد، خود به خود این احساس به جای خشم به نوعی رنجش و ناامیدی تبدیل خواهد شد. چرا که شما خود را برای این کار آموزش داده‌اید.

گونه‌ی دیگری از این تکنیک این است که به خاطره‌ای بسیار خوش‌آیند از فردی بیندیشید که در حال حاضر از او عصبانی هستید. وقتی آن خاطره خوب را تصور می‌کنید در واقع، احساسات خوبی را نسبت به آن شخص به خود القا می‌کنید. همین مراحل را در تصورات خود ادامه دهید و روی آن احساسات خوب مکث کنید تا این که آنها بر احساسات خصومت‌آمیز شما غلبه کنند. شما

^۱. rational emotive imagery

می‌توانید احساسات خشنی داشته باشید، احساساتی که خشم را نیز دربرمی‌گیرد. وجود این احساسات را تأیید کنید نه این که آنها را رد کنید. یک الگوی شناختی- رفتاری به شما نشان خواهد داد که چگونه می‌توان به طور مناسب، احساس ناراحتی، ناخوش‌آیندی یا ناخرسندی را جایگزین خشم و تندی کرد. بسیاری از مردم می‌توانند از آگاهی نسبت به تنش و خشم درون خود به نحوی استفاده کنند که همچون علامتی ظاهر شود و موجبات درمان و مقابله آنها را فراهم سازد.

تمرین‌های رفتاری

به غیر از کار کردن روی فکر و احساساتتان، استفاده از تکنیک‌های زیر در مواردی که شما به‌ویژه اقداماتی را برای کاهش پاسخ خشم و غضب خود انجام می‌دهید، حائز اهمیت است. تکنیک‌های مورد استفاده عبارت بودند از:

مواجهه با موقعیت‌های محرک خشم

در این تکنیک فرد به جستجو و یافتن موقعیت‌هایی می‌پردازد که اطمینان دارد با ایشان غیرمنصفانه رفتار شده است. برای مثال: فرد و یا گروه خشمگینی را در نظر می‌گرفتند که چنین رفتاری از آنها قابل پیش‌بینی بود. آنها عموماً منتظر موقعیت‌هایی می‌شدند که فردی به غرض حرف آنها را قطع کند، به آنها تنه بزند، بی‌نوبت وسط صف بپرد یا بی‌ادبانه با آنها رفتار کند. آنها در این تمرین بایست عملاً سعی می‌کردند چیزی نگویند. حال آن که در گذشته آنها عکس‌العمل مشابه حالت تدافعی قبلی، با خشم و عصبانیت تمام انجام می‌دادند و اکنون به عمد ساکت باقی می‌ماندند. هدف از این رفتار این بود که به محرک‌های عصبانی‌کننده پاسخی کاملاً متفاوت بدهند. البته آنها چنین درس نمی‌گرفتند که همیشه در مقابل برخوردهای برانگیزنده با دیگران این گونه عمل کنند. در چنین موقعیت‌هایی آنها قدرت انتخاب عکس‌العمل‌های متفاوت را نیز می‌یافتند.

بازی نقش

در این تکنیک افراد خانواده، صحنه‌هایی را تمرین می‌کردند که در آن پاسخ طبیعی خشم را نسبت به محرک‌ها ارائه می‌دادند. سپس این عمل را در همان موقعیت، ولی با پاسخی بدون ستیزه‌جویی مرور و تمرین می‌کردند. مثلاً در یک جلسه، یکی از اعضای خانواده پاسخ عصبی و خشم‌آلودش را به فردی که خود را در صف جلوی او انداخته بود به صورت نقش بازی کردن که مثلاً چگونه عصبانی می‌شود و بعد عصبانیت او بالا می‌گیرد، شروع به غرغر کردن پیش خودش می‌کند و در نهایت خیلی

غضبناک می‌شود. در نقش جایگزین آن هم افکار خشم‌آلود خود را انکار می‌کند، و به فروشنده بلیط با متانت و آرامی می‌گوید: «می‌بخشید، فکر می‌کنم نوبت بعد مال من است». آنها دریافتند که با بازی کردن این نقش بهتر می‌آموزند که چگونه پاسخ‌های سازنده را به کار برند.

اصول غلبه بر خشم

این اصول به کسانی تقدیم می‌شود که از برنامه‌های کنترل خشم استفاده می‌کنند. **خویشتن‌پذیری.** گاه و یا شاید اکثر اوقات عصبانی شدن با تردید در خود و یا عدم اطمینان به خود و یا نوعی احساس تهدید از جانب دیگری ارتباط دارد. این موضوع همیشه مهم است: «به یاد داشته باشید که شما فردی ارزشمند هستید و در شما خصوصیات بسیار خوبی نهفته است».

وظیفه‌گرایی: گاه شما عصبانی می‌شوید، چون همه چیز را از دیدگاه خود می‌بینید. در صورتی که نیاز به چنین برداشتی نیست. حتی وقتی کسی مستقیماً به شما اهانت یا حمله می‌کند می‌توانید خشم خود را مهار کنید. با وظیفه‌گرا ماندن و با تمرکز و دقت روی این موضوع که «باید آن طور که صلاح است کارم را انجام دهم و به هدف مورد نظرم برسم». به کار خود بپردازید. این اهانت که فقط به شخص شما شده است، نباید موجب شود از کار عادی خود منحرف و درگیر مبارزه‌ای غیرضروری شوید. تحریک شخص مقابل خود را خوب شناسایی کنید، اما همچنان وظیفه‌گرا مانده و به کار خود ادامه دهید.

انتخاب رفتارهای جایگزین. گاهی شما فقط به این دلیل عصبانی می‌شوید که همواره در برخورد با نوعی موقعیت از خود خشم نشان داده‌اید. چنانچه طرق جایگزین دیگری را در عکس‌العمل به تحریکات یاد بگیرید، کمتر دست به دامان پاسخ‌گویی با خشم خواهید شد.

شناسایی علائم خشم. یکی از مهم‌ترین کارهایی که می‌توانید در کنترل خشم خود انجام دهید این است که علائم یا نشانه‌های تحریک در بروز خشم‌تان را هرچه سریع‌تر قبل از ظهور آنها شناسایی کنید. هر قدر بتوانید در این تشخیص تندتر و سریع‌تر عمل کنید می‌توانید با قدرت بیشتر، مدار حرکت خشم را کوتاه‌تر سازید. هرچه درجه خشم شما بالاتر رود، پرخاشگر و آشفته‌تر می‌شوید و آنگاه اعمال خشن و ستیزه‌جویانه، شما را دچار مشکل می‌کند. درعین حال، همان‌گونه که می‌آموزید چگونه به راحتی آرامش خود را به دست آورید، توانایی شما در مهار کردن خشم رشد می‌یابد.

از دست دادن کنترل. گاهی شما به این دلیل عصبانی می‌شوید که احساس می‌کنید فرصت‌هایی از دست شما می‌روند و می‌خواهید آنها را در اختیار داشته باشید. اما اگر بتوانید به خود آموزش داده و خشم خود را مهار کنید، موقعیت مطلوب را در اختیار خواهید گرفت. بهترین راه برای تسلط بر یک موقعیت این است که وقتی اکثر مردم منتظرند و یا می‌خواهند که شما آرامش و خونسردی خود را از دست بدهید، آرام بمانید.

می‌توانید علی‌رغم تحریکات محیط، مصمم، جدی و معقول به کار خود ادامه دهید. همچنان که می‌آموزید، چگونه موارد تحریک‌کننده را مرحله به مرحله پشت سر بگذارید، بهتر می‌توانید مسائل را حل کنید و این راه دیگری است که می‌تواند به شما در کنترل موقعیت‌ها کمک کند.

دیدگاه صحیح. شما اغلب کارهای خوبی را که انجام داده‌اید فراموش می‌کنید و یا به آنها توجه ندارید. اما هرگز خود را از درگیری با اشتباهات و خطاهای خود رها نمی‌کنید. باید به خاطر بسپارید وقتی در مهار خشم خود موفق شدید به خود تبریک بگوئید و اجازه دهید تا اثر خوشایند حاصل از آن را درک کنید.

جلسه دوازدهم: آموزش مهارت‌های کنترل خود و هوشیاری، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.

درمانگر می‌تواند به افراد خانواده آموزش دهد تا برای کنترل رفتارهای ناکارآمد مختلف، از مهارت‌های خود هوشیاری و دیگر مهارت‌های مهار خود بهره گیرند. نمونه‌هایی از رفتارهای ناکارآمد در این زمینه درگیری می‌باشد. فرد با یادگیری مهارت‌های کنترل خود، افزون بر کاستن از فراوانی رفتارهای ناخواسته، ممکن است تکرار و فراوانی رفتارهای مطلوب را نیز افزایش دهد. فرد می‌تواند با همکاری درمانگر از مهارت‌های زیر استفاده کند:

- (۱) به تعویق انداختن یک عمل نامطلوب.
- (۲) مشغول شدن به رفتارهای حرکتی و شناختی جایگزین.
- (۳) مشخص کردن فعالیت‌هایی برای خود که مستلزم تلاشند.
- (۴) مرور پیامدهای مثبت کنترل خود.
- (۵) استفاده مشروط از انتقاد از خود^۱ و تشویق خود.

^۱ self-criticism

فعالیت: حفظ کنترل درونی

درمانگر پرسشنامه ۶ سوالی مربوط به کنترل درونی را در بین اعضای خانواده توزیع می‌کند و از آنها می‌خواهد پرسشنامه را تکمیل کنند. سپس با تحلیل نتایج بحث گروهی را ادامه می‌دهد. ببینید با عبارات زیر موافق هستید یا مخالف.

کاملاً موافقم موافقم مخالف کاملاً مخالفم

۱- کنترل کمی بر روی مسایلی که برایم اتفاق می‌افتد دارم.

۲- واقعاً به هیچ ترتیبی نمی‌توانم برخی از مشکلات خود را حل کنم.

۳- کار زیادی برای تغییر مسایل مهم زندگیم نمی‌توانم بکنم.

۴- اغلب در برخورد با مشکلات زندگی احساس درماندگی می‌کنم.

۵- اتفاقاتی که برای من می‌افتند غالباً نتیجه کارهای خودم است.

۶- برای هر کاری که ذهنم آماده باشد، قادر به انجامش هستم.

اگر شما با عبارت ۴ و ۳ و ۲ و ۱ مخالف و با عبارات ۶ و ۵ موافق هستید، بدین معنی است که بر زندگی خود تسلط و کنترل دارید. پژوهشگران دریافته‌اند که افراد دارای احساس کنترل قوی، در مقایسه با افرادی که احساس می‌کنند بخش عمده‌ای از زندگی‌شان خارج از کنترل‌شان است، از تنش روان‌شناختی و فیزیکی کمتری رنج می‌برند.

افراد در برداشت‌هایشان از میزان کنترلی که بر زندگی‌شان دارند، متفاوت هستند. افرادی که مسئولیت وقایعی را که برایشان اتفاق می‌افتد می‌پذیرند، «درونی‌ها» نامیده می‌شوند، زیرا آنها دارای کانون کنترل درونی هستند و برعکس کسانی که معتقدند بیشتر مسایلی که برایشان اتفاق می‌افتد، خارج از کنترل‌شان است «بیرونی‌ها» نامیده می‌شوند، زیرا آنها دارای کانون کنترل بیرونی هستند. ذکر این نکته مهم است که ما به عنوان افراد درونی یا بیرونی به دنیا نمی‌آییم. کانون کنترل شما براساس یادگیری و تجارب شما در جریان رشدتان ایجاد می‌شود. مطلب مهم‌تر اینکه چون کانون کنترل مبتنی بر ادراکات فرد از زندگی است، لذا می‌توان آن را مجدداً ارزیابی کرد و تغییرش داد.

موارد زیادی در زندگی وجود دارد که خوب است کنترل درونی نسبت به آنها داشت. مثلاً، درونی‌ها در مقایسه با بیرونی‌ها از پیشرفت زیادی برخوردارند، زیرا آنها در مقابل شکست‌هایشان واکنش منفی کمتری از خود نشان می‌دهند و از موفقیت‌هایشان نیز رضایت شخصی بیشتری کسب می‌کنند. درونی‌ها بیشتر تمایل دارند تا با رویدادهای تنش‌زای زندگی با روش مسأله‌گشایی مقابله

کنند، مخصوصاً زمانی که بر روی رویداد تنش‌زا کنترل دارند بیرونی‌ها احتمال زیادی وجود دارد که به رویدادهای قابل کنترل از طریق تخیل و تفکر آرزومندانه واکنش نشان دهند. همچنین درونی‌ها بیشتر مستقل هستند. آنها در قبال رویدادهای زندگی و سلامتی جسم و روان خود مسئولیت بیشتری می‌پذیرند.

افراد درونی به باورهای زیر بیشتر اعتقاد دارند:

- _ سرانجام، افراد در دنیا احترامی که شایسته آن هستند، به دست می‌آورند.
- _ موفقیت نتیجه تلاش زیاد است، شانس نقش کمتری در موفقیت افراد دارد.
- _ بدبختی‌های افراد نتیجه اشتباهات خودشان است.
- _ کسانی که نمی‌توانند کاری کنند که دیگران آنها را دوست داشته باشند، نمی‌دانند که چگونه با دیگران همراه شوند.

افراد بیرونی بیشتر به باورهای زیر معتقدند:

- _ متأسفانه بیشتر اوقات ارزش فرد هر قدر هم که بکوشد، ناشناخته می‌ماند.
- _ به دست آوردن یک شغل خوب بیشتر بستگی به شرایط زمانی و مکانی دارد.
- _ بسیاری از رویدادهای ناخوشایند در زندگی مردم تا اندازه‌ای به علت بدشانسی است.
- _ هر قدر هم که سعی خودمان را بکنیم، باز هم بعضی‌ها از ما خوششان نمی‌آید.
- _ سعی زیاد از حد برای راضی کردن مردم چندان فایده‌ای ندارد، اگر قرار است آنها از آدم خوششان بیاید، می‌آید.

مقابله کردن مستلزم طرح‌ریزی، مسأله‌گشایی و یادگیری و به کار بستن مهارت‌های جدید است. مقابله کردن مبتنی بر نگرش خود مسئولیت‌پذیری و داشتن تسلطی فعال بر روی مسایل زندگی است. افراد بیرونی غالباً ضعیف مقابله می‌کنند، زیرا هنگام ارزیابی اولیه رویدادهای زندگی، امید کمتری دارند که بتوانند کاری انجام دهند. ارزیابی ثانویه افراد بیرونی نیز تنش‌زاست. زیرا آنها از بازشناسی راه‌حل‌ها و امکانات مختلف ناتوان هستند. بیرونی‌ها به علت اینکه نسبت به زندگی نگرش مقابله‌ای ندارند، به دشواری می‌توانند به طور فعال و با اتکا به خود به مشکلات زندگی واکنش نشان دهند.

افراد درونی رویدادهای تنش‌زا را هنگام ارزیابی اولیه به عنوان چالش‌های حل‌شدنی تلقی می‌کنند تا تهدیدات ناراحت‌کننده. ارزیابی ثانویه افراد درونی بیشتر امیدبخش است، زیرا آنها می‌دانند که مهارت‌های مقابله‌ای مفیدی در اختیار دارند. باتوجه به اینکه افراد درونی رویدادهای بالقوه تنش‌زا را به جای تهدید به عنوان چالش‌هایی در زندگی تلقی می‌کنند، لذا آنها به اندازه افراد بیرونی مستعد

داشتن واکنش هیجانی یا اجتنابی به موقعیت‌ها نیستند. افراد درونی‌انرژیشان را صرف به دست آوردن اطلاعاتی می‌کنند که برای حل کردن مشکلاتشان لازم دارند. آنها می‌دانند که باید مواظب خودشان باشند و مسئولیت یادگیری آنچه را که برای حفظ سلامتی جسمی و روانی‌شان لازم است، می‌پذیرند.

اگرچه بدست آوردن کانون کنترل درونی هدف مفیدی است، اما نباید خود را مجبور کنید تا واقعیت‌ها را نادیده بگیرید. رویدادهای زیادی در جهان هستند که شما نمی‌توانید آنها را کنترل کنید، و اگر غیر از این فکر کنید احمقانه است. سرزنش کردن خود به خاطر اتفاقات، فجایع یا حتی ناکامی‌های کوچکی که مسئولشان نیستید، کار درست و مفیدی نیست. اغلب شما با رویدادهایی در زندگی برخورد می‌کنید که دلتان می‌خواهد تغییرشان دهید ولی نمی‌توانید. وقتی چنین چیزی اتفاق می‌افتد، بهترین برخورد این است که این رویدادهای زندگی را به عنوان واقعیت بپذیرید و با استفاده از کانون کنترل درونی خود، انطباقی‌ترین راهها را برای سازگاری با آنها پیدا کنید.

جلسه سیزدهم: آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی.

مهارت‌های ارتباطی را می‌توان در جلسه‌های انفرادی و جلسه‌های خانوادگی آموزش داد. دو نوع مهارت آموزش داده می‌شود تا افراد آنها را به دفعات، به تنهایی یا در جلسه‌های خانوادگی تمرین کنند. این مهارت‌ها عبارتند از:

۱) سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد.

۲) مهارت‌های گوش کردن فعال.

در زمینه آموزش روش‌های پاسخ‌دهی کلامی کارآمد افراد ابتدا از انواع پاسخ‌های کلامی که در تعامل با یکدیگر از آنها استفاده می‌کنند، آگاه شوند. می‌توان فهرست سبک‌های زیر را به افراد نشان داد و از آنها خواست تا سبک‌های عاداتی خود را مشخص و تعیین کنند.

۱) دستور دادن، فرمان دادن، جهت دادن

۲) تذکر دادن، هشدار دادن، تهدید کردن

۳) تشویق و ترغیب کردن، اخلاقی سازی، موعظه کردن

۴) نصیحت کردن، پیشنهاد یا راه حل دادن

۵) سخنرانی کردن، آموزش دادن، ارائه بحث منطقی

۶) قضاوت کردن، انتقاد کردن، مخالفت، سرزنش کردن

۷) تحسین و تمجید کردن، موافقت و تأیید کردن

۸) لقب دادن، مسخره کردن، خجل کردن

- ۹) تعبیر و تفسیر کردن، تحلیل کردن، تشخیص‌های (مرضی) دادن
- ۱۰) اطمینان دادن، همدلی کردن، مشورت و راهنمایی کردن، حمایت کردن
- ۱۱) کاوش و غور کردن، سؤال کردن، تحقیق و استنتاج کردن
- ۱۲) کناره‌گیری کردن، حواس خود را به کار دیگر دادن، شوخی کردن، فکر خود را منحرف کردن
- سپس از افراد خواسته می‌شود تا به واکنش دیگران به این سبک‌های پاسخ‌دهی کلامی توجه کنند. سبک‌های خاصی که پاسخ‌های نامطلوب را در افراد ایجاد می‌کنند، به عنوان اهداف تغییر در نظر گرفته می‌شوند. درمانگر ممکن است سبک‌های جدید و کارآمدتر پاسخ‌دهی کلامی را به افراد نشان و آموزش دهد. سپس به آنان آموزش داده می‌شود تا هنگام تعامل با یکدیگر، هم در خانه و هم در جلسه‌های درمان، این سبک‌ها را آزمایش کنند.
- در آموزش مهارت‌های گوش کردن فعال، درمانگر ابتدا شرح می‌دهد که گوش کردن فعال، چگونه سبب می‌شود تا افراد به راحتی در مورد مشکلات و نگرانی‌هایشان بحث کنند. او با استفاده از موارد زیر می‌تواند مهارت گوش دادن فعال را الگودهی کند و سپس افراد خانواده از طریق ایفای نقش آنها را در جلسه تمرین کنند:
- شخص فردی شنونده است.
- فرد مشاور است.
- فرد می‌خواهد به دیگران کمک کند.
- فرد طرف مشورت است.
- فرد به دیگران کمک می‌کند تا به راه‌حلی که خود انتخاب کرده است، عمل کند.
- فرد راه‌حل‌های دیگران را می‌پذیرد.
- فرد اساساً به نیازهای دیگران علاقه‌مند است و به آنها توجه می‌کند.
- فرد منفعل‌تر و پذیراتر است.
- هدف از آموزش مهارت‌های ارتباطی حین جلسه‌های خانوادگی، آموزش ارتباط شفاف است تا آنکه قواعد و دیدگاه‌ها، به جای آنکه مبهم و نامشخص باشند، آشکار و واضح بیان شوند. هم‌چنین سعی می‌شود تا کیفیت رابطه اعضای خانواده از طریق تسهیل سبک‌های ارتباطی حمایت‌کننده (که ویژگی آنها، همدلی کردن و تلاش برای فهم دیدگاه سایرین است) بهبود یابد. درمانگر در حال مشاهده تعاملات خانوادگی، تعاملات سازش‌نا یافته‌ای را که باعث تداوم تعارض‌های ناخواسته و نامطلوب بین افراد می‌شود، مشخص می‌کند. سپس، اعضای خانواده را تشویق می‌کند تا این الگوهای ارتباطی جدید را همان‌گونه که در مورد آنها در جلسه صحبت می‌شود، به کار ببندد. بازخورد باید فوری، خاص و مشخص، مختصر، و بدون هیچ‌گونه سرزنش باشد. الگودهی و آموزش باید با سطح

آموزشی و زمینه فرهنگی گروه، مطابق و متناسب باشد. درمانگر، اعضای خانواده را تشویق می‌کند تا اظهارات مثبتی را که باید الگو قرار گیرند، در قالب کلمات مطرح خود بیان کنند.

قرارداد وابستگی

قرارداد وابستگی یک تکنیک درمانی رفتاری است که به موجب آن، به منظور مبادله پاداش برای ابراز رفتارهای مطلوب بین اعضای خانواده، توافق‌هایی صورت می‌گیرد. اساساً، در این نوع قرارداد، افراد متعهد می‌شوند تا پس از آنکه فرد تغییرات مقدر شده را در خود به وجود آورد، آنها نیز مواردی را در خود یا محیط، تغییر دهند. اساس قرارداد وابستگی یک قرارداد رفتاری است که منظور از آن، برنامه‌ریزی برای مبادله تقویت‌های مثبت بین افراد است. مبادله‌های متقابل از طریق مشخص کردن اینکه چه کسی، باید چه کاری را برای چه کسی و تحت چه شرایطی انجام دهد شکل می‌گیرند. تقابل بر آن دلالت دارد که افراد، حقوق و وظایفی دارند و اینکه تقویت‌کننده‌های مثبت را براساس «چیزی در قبال چیز دیگر» به یکدیگر عرضه می‌کنند.

جلسه چهاردهم: آموزش ایمن‌سازی^۱ در برابر استرس، بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی

در جریان آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس، افراد با ماهیت، ساز و کار و پیامدهای استرس آشنا می‌شوند و یاد می‌گیرند که برای کنار آمدن با انواع استرس‌های روزمره زندگی و استرس‌هایی که یکپارچگی فیزیکی و روان‌شناختی آنها را تهدید می‌کند، شیوه‌های مناسب و واکنش‌های اثربخش داشته باشند. آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس الگوی پیشگیرانه و درمانی مرکب از برنامه‌های آموزشی نیمه سازمان یافته و از نظر بالینی حساس اطلاق می‌شود که دارای سه مرحله اساسی است:

۱- **مرحله اول:** مفهوم سازی مشکل^۲ که محور اصلی در این مرحله، ایجاد رابطه حسنه با افراد خانواده و کمک به آنها برای فهم و درک بهتر ماهیت و طبیعت استرس و تأثیر آن بر هیجان و عملکرد و مفهوم‌سازی دوباره آن از دیدگاه تعاملی است. اینکه ماهیت مشکل از دیدگاه آنها چیست، شدت استرس ادراک شده چقدر است، استرس به چه میزان عمومیت پیدا کرده و طول مدت و وسعت آن چقدر است، شرایطی که استرس را شدت می‌بخشد یا کاهش می‌دهد، عوامل پیشاینده اختصاصی آن کدامند، اطلاعات و داده‌هایی هستند که افراد خانواده را به مفهوم‌سازی و اتخاذ

^۱. Street Inoculation Training (SIT)

^۲. conceptualization

شیوه‌های مطلوب پاسخ به منابع و عناصر استرس‌زا مجهز می‌کنند. افراد خانواده با تعیین و روشن کردن ماهیت استرس چگونگی تأثیر ایمن‌سازی در اداره و کنترل استرس را یاد می‌گیرند.

مرحله مفهوم‌سازی شامل مصاحبه، یادآوری براساس تصویر ذهنی^۱، خود‌بازنگری و ارزش‌یابی رفتاری و اجرای آزمون‌های روانی است. یادآوری بر اساس تصویر ذهنی، افراد را یاری می‌کند تا به جنبه‌ها یا جزئیاتی از واکنش‌های استرسی خود که احتمالاً در شرایطی دیگر آنها را نادیده می‌گرفتند یا در ارتباط مستقیم (مثل مصاحبه) تأکید کمتری به آنها می‌شد، توجه نمایند. به این ترتیب، افراد خانواده می‌توانند به عنوان بخشی از فرایند تعامل به بیان افکار، احساسات، تصویر ذهنی و رفتارهایی که در احساس و درک آنها از استرس سهیم بوده‌اند، بپردازند. هدف اساسی از این فعالیت کمک به افراد خانواده برای درک این موضوع است که آنها صرفاً قربانی استرس نیستند.

فعالیت: درمانگر از افراد خانواده می‌خواهد که به پشت صندلی تکیه دهند و چشمانشان را ببندند. یک یا چند وضعیت استرسی اخیر را تصویر کنند و آن را دوباره در ذهن خویش زنده کنند. آنها باید به وضوح تجربه را یادآوری کرده و آن را طوری تصور نمایند که گویی در آن لحظه بسر می‌برند. اخطار و احساسات پیش از واقعه، هنگام و پس از وقوع آن را در نظر بگیرند تا به شناسایی و مفهوم‌سازی درست ماهیت استرس منجر شود.

درباره خود‌بازنگری یا خود‌کنترلی در برنامه جلسه دوازدهم توضیحات کافی داده شده است که مبتنی بر همکاری افراد خانواده در فرایند مفهوم‌سازی بهتر استرس (مشکل) و شفاف‌سازی موضوع است که با ارزشیابی الگوهای رفتاری افراد خانواده و اجرای آزمون‌های روانی مناسب در جریان مشاوره‌های فردی، مفهوم‌سازی مشکل را تکمیل می‌کند.

۲- **مرحله دوم:** دومین مرحله ایمن‌سازی، اکتساب و تمرین مهارت‌ها^۲ است که مؤلفه‌های آموزشی و رفتاری ویژه‌ای برای بالا بردن خزانه مهارت‌های سازشی اعضای شرکت‌کننده در جلسات خانوادگی بکار می‌رود. یادگیری راه‌های جدید کنار آمدن با استرس‌ها هدف اساسی در این مرحله است. از جمله مهارت‌های مقابله یا کنار آمدن با استرس‌ها در زندگی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد که برخی از آنها در جلسات دیگر کارگاه آموزشی بطور مفصل بیان شده است:

آموزش آرمیدگی عضلانی	گفتگوی درونی هدایت شده	نقش‌گزاری
مسئله‌گشایی	خودپایی یا خود‌کنترلی	مراقبه
بازسازی شناختی	حساسیت‌زدایی تدریجی	تفکر خلاق و انتقادی

^۱ . imagery – based recall

^۲ . skills acquisition

برخی از مهارت‌های عملی ایمن‌سازی در برابر استرس به شرح زیر است:

- (۱) خودتان را تشویق کنید. خیلی وقت‌ها آدم‌ها تحت فشار قرار می‌گیرند چون خودشان را سرزنش می‌کنند، حتی زمانی که مقصر نیستند، خود را گناهکار می‌دانند. در چنین مواردی بزرگترین خطای فرد خودگویی‌هایی منفی است، چون استرس آفرین است. چقدر خوب است آدم‌ها یاد بگیرند وقتی کاری را به خوبی انجام می‌دهند، با خود بگویند «کارم خوب بود». بهترین راه این است که فرد در ابتدا خودگویی‌های مثبت را در جلوی آینه با خود تمرین کند تا زمانی که این خودگویی‌ها تبدیل به یک پاسخ اتوماتیک شوند. یک راه دیگر افزایش خودباوری یا عزت نفس است تا آنجا که فرد خطاهای خود را بزرگ و فاجعه‌آمیز جلوه ندهد.
- (۲) برنده‌ها را انتخاب کنید. روابط بین فردی محتاج سرمایه‌گذاری عاطفی فراوانی است. افراد منفی‌باف، انتقادگر، یا منزوی بر استرس وارده بر افراد دیگر می‌افزایند و برعکس افراد خوش‌بین که خودباوری بالاتری دارند، استرس زیادی بر اطرافیان خود وارد نمی‌آورند.
- (۳) به خودتان جایزه بدهید. جایزه، قدردانی، تشکر در قبال انجام کاری، یک بخش حیاتی مدیریت استرس است چون اندورفین یا اویپوئیدهای درون‌زاد بدن را آزاد می‌سازد. منظور از جایزه هر چیزی است که برای فرد لذت بخش است و باعث لبخند زدن وی می‌شود. خیلی از این جوایز خرج زیادی هم ندارند. سینما رفتن، تماشای تلویزیون، پرسه زدن در کتاب‌فروشی‌ها، وقت‌گذرانی با یک دوست خوب، رفتن به پارک، خواندن مجله، تلفن به یک دوست عزیز ... این فهرست بی‌انتهاست. یک توصیه اساسی این است که هر فردی لااقل یک کار لذت بخش را برای خودش در طول روز برنامه‌ریزی کند.
- (۴) رسم و قاعده‌ای برای خود مقرر کنید. افراد پرمشغله استرس زیادی را تحمل می‌کنند. چون سیستم، الگو یا قاعده خاصی را برای زندگی روزمره خود تعیین نمی‌کنند. در حالی که داشتن رسوم یا عادت‌های خاص هم صرفه‌جویی در وقت است (چون لازم نیست هر روز برای زندگی برنامه‌ریزی شود و هم در شرایط افزایش استرس به فرد کمک می‌کند، چرا که فرد احساس می‌کند علی‌رغم استرس فراوان یا پیش‌بینی ناپذیری، یک چیز هست که در زندگی ثابت است) برنامه منظم، برنامه غیرقابل تغییر هم صرفه‌جویی در انرژی روانی است.
- (۵) به زندگی معنوی خود غنا ببخشید. داشتن یک اعتقاد مذهبی ما را در یک متن یا زمینه بزرگتر قرار می‌دهد، افق دید ما را وسیع می‌کند، به ما سعه صدر می‌دهد و در شرایط استرس‌های عمیق بسیار کمک‌کننده است. حجم عظیمی از مطالعات نشان می‌دهند که توکل به یک منبع

- عظیم، به یک قادر متعال، به یک سنجیده لطیف، تحمل استرس را بالا می‌برد. شرکت در مراسم و مناسک معنوی دسته‌جمعی به فرد این احساس را می‌دهد که به دیگران متصل است.
- (۶) دفتر یادداشت روزانه داشته باشید. این که فرد همه روزه احساسات ناخوشایند خود را در یک دفتر روزانه یادداشت نماید (مخصوصاً کسانی که به سختی می‌توانند درباره مشکلات‌شان صحبت کنند، یا گوش شنونده‌ای در اختیار ندارند)، به فرد کمک می‌کند تا هیجان‌های منفی‌اش را بیرون ریخته یا به عبارتی از خود دور سازد.
- (۷) از کمال‌گرایی روی برگردانید. اگر از آن‌هایی هستید که کارهایشان را به تأخیر می‌اندازند چون نمی‌دانند چگونه باید آنها را به عالی‌ترین شکل ممکن انجام داد؛ یا اگر از آن‌هایی هستید که کار انجام شده را چندین و چند بار مرور و ویرایش می‌کنند، تا اینکه بالاخره از مهلت مقرر می‌گذرند و کار تمام نمی‌شود، این توصیه شامل حالتان می‌شود. کمال‌گرایی یکی از مهم‌ترین استرس‌زاهای زندگی است و موجب افت عملکرد می‌گردد. این چنین فردی از خودباوری اندکی برخوردار بوده و دغدغه رسیدن به هدف تنها بر استرس‌هایش می‌افزاید شاید بهترین راه مدیریت زمان باشد. یعنی قبل از شروع کار تعیین کنیم که چقدر وقت داریم و کیفیت محصول نهایی در چه حد قابل قبول است و سپس برنامه‌ریزی کنیم.
- (۸) بچه شوید. یک راه خیلی خوب مقابله با استرس انجام کارهای بچه‌گانه است، امتحان کنید. وقتی تحت فشار قرار می‌گیرید، یک مداد شمعی بردارید و نقاشی کنید. آدامس بادکنکی بجوید، کتاب قصه کودکان بخوانید. به جوک‌های قدیمی بخندید، خود خندیدن اندورفین آزاد می‌کند (همان ماده شیمیایی که آدم‌ها را به طرف مصرف مواد می‌برد).
- (۹) از سرعت خود بکاهید. کسانی که کار را با آرامش بیشتر و به آهستگی انجام می‌دهند، کمتر تحت فشار استرس قرار می‌گیرند، چگونه؟ پله‌ها را ندوید، سر غذا اول مکث کنید و بعد بخورید، آهسته بخورید و از طعم غذا لذت ببرید. بعد از کار و ورزش دوش بگیرید.
- (۱۰) همواره برای تغییر آماده باشید. شک و عدم اطمینان را به حداقل برسانید. در شرایط بی‌تصمیمی، هر تصمیمی بهترین تصمیم است. اینکه فرد دقیقاً بداند چه چیزی و با چه وخامتی در انتظارش است به مراتب بهتر از ناآگاهی و پیش‌بینی ناپذیری است.
- مطالعات نشان می‌دهند که استرس تکرار شونده کمتر فشار آفرین است. چون فرد می‌داند منتظر چه چیزی باشد. یک راه دیگر این است که وقتی تغییری اجتناب ناپذیر است، خودمان تغییرات داوطلبانه انجام ندهیم چون استرس‌ها اثر تجمعی دارند، در شرایطی که اختیار یا انتخاب به دست خود ماست استرس‌ها را نه با هم بلکه به دنبال هم (یعنی شروع یکی بعد از خاتمه دیگری) مدیریت کنیم.

۱. یک سرگرمی برای خودتان درست کنید. یعنی یک کاری که مزدی برایش نمی‌گیرید، آن کار را انجام می‌دهید چون از آن لذت می‌برید. از کجا بفهمیم سرگرمی واقعی چیست؟ سرگرمی واقعی این است که وقتی به آن مشغولید، متوجه گذر زمان نمی‌شوید. وقتی آن را انجام می‌دهید استرس را فراموش می‌کنید و به نهایت آرامش می‌رسید. اگر سرگرمی ندارید، چیزی را انتخاب کنید که ذهنتان را مشغول کند، در سطحی باشد که بر ناکامی‌های شما نیفزاید. سرگرمی‌ها کار دیگری هم می‌کنند و آن افزودن توازن و تنوع زندگی روزمره ما است. به زندگی حرفه‌ای‌تان نگاه کنید و سرگرمی خود را چیزی کاملاً متفاوت انتخاب کنید. مثلاً اگر کار شما به گونه‌ای است که بازده آشکار ملموس و عینی زود هنگام ندارد، سرگرمی‌ای انتخاب کنید که درست برعکس باشد: خیاطی، گل‌سازی، نجاری، فوتبال، خواندن رمان‌های کوتاه که پایان خوشی دارد.

۲. اگر کارتان ضرب العجل زمانی دارد سرگرمی‌ای انتخاب شود که سقف زمانی نداشته باشد: مثل پیاده‌روی.

مرحله کاربرد و پیگیری مستمر^۱. هدف اساسی در این مرحله از ایمن‌سازی در برابر استرس کمک به افراد خانواده به منظور تمرین مهارت‌های سازشی و مقابله‌ای خویش در جلسات خانوادگی و شرایط واقعی زندگی است. بنابراین آنها، تغییرات شناختی حاصل از دو مرحله قبلی را تمرین می‌کنند. بطور کلی با توجه به اهمیت مفهوم پیشگیری از بروز مشکلات و کنترل استرس، افزایش احساس خودکفایی و بالا بردن شایستگی افراد و انعطاف‌پذیری لازم در مواجهه با مشکلات آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس را ضروری می‌نماید و مقاومت و عمل افراد را در برابر استرس‌های زندگی بالا می‌برد.

جلسه پانزدهم: پیگیری مداخلات صورت گرفته و پرسش و پاسخ اعضای خانواده و درمانگر و بحث گروهی.

جلسه شانزدهم: جمع بندی بازخوردها و بیان احساسات و بحث اختتامیه.

لازم به ذکر است که پس از اتمام مداخلات خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در پایان جلسه شانزدهم مجدداً کلیه آزمودنی‌های پژوهش آزمون‌های MMPI و SCL-90-R را تکمیل

^۱. rehearsal and follow up or application.

کرده و روان‌درمانگر پس از نمره‌گذاری و ترسیم نیمرخ آزمودنی‌ها، نتایج این آزمون‌ها را برای آنها تفسیر کرده است. همچنین کلیه آزمودنی‌ها تا یک سال مورد پیگیری واقع شدند.

روش تحلیل داده‌ها

جهت بررسی میزان تأثیر دو نوع مداخله صورت گرفته روی آزمودنی‌های پژوهش (خانواده درمانی شناختی - رفتاری به همراه درمان کایروپراکتیک و خانواده درمانی شناختی - رفتاری) نیمرخ روانی هر یک از آزمودنی‌ها در آزمون‌های MMPI و SCL-90-R قبل از مداخله و بعد از مداخله ترسیم و با یکدیگر مقایسه خواهد شد.

خلاصه فصل

در این فصل ابتدا اشاره شد که طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های تک آزمودنی بوده و آزمودنی‌های پژوهش حاضر را تعداد ۷ نفر از بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی از نوع اختلال عضلانی استخوانی تشکیل می‌دهند. جهت تشخیص اختلال آزمودنی‌ها از مصاحبه بالینی براساس DSM-IV-TR توسط روان‌درمانگر، تست پتانسیل حس پیکری و نتایج عکس‌برداری با اشعه ایکس توسط پزشک کایروپراکتیک و آزمون‌های MMPI و SCL-90-R استفاده شد. سپس ویژگی‌ها و روایی و پایایی ابزارها گزارش گردید و در انتهای فصل بسته آموزشی - درمانی شناختی رفتاری که طی ۱۶ جلسه در جلسات خانواده درمانی به کار برده شده بود ارائه گردید.

برای تحلیل داده‌های پژوهش نیمرخ‌های روانی آزمودنی‌ها در آزمون‌های MMPI و SCL-90-R قبل از مداخله و بعد از مداخله مقایسه خواهد شد.

فصل

چهارم :

سافته‌های یژ و هش

در این فصل یافته‌های پژوهش براساس هدف‌ها و سؤال‌های پژوهش ارائه خواهند شد. نحوه ارائه یافته‌ها به این صورت خواهد بود که ابتدا به طور مختصر اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به هر آزمودنی مطرح می‌گردد و سپس نمودارهای مربوط به نیمرخ‌های روانی آنها در آزمون‌های MMPI و SCL-90-R قبل از مداخله (اطلاعات خط پایه یا مرحله A) ارائه و تفسیر خواهد شد. پس از آن نیمرخ روانی هر آزمودنی در آزمون‌های MMPI و SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله عمل آزمایشی یا B) ارائه و تفسیر خواهد گردید و با نمودارهای مربوط به قبل از مداخله مقایسه خواهد شد.

سؤال اول پژوهش: آیا خانواده درمانی شناختی - رفتاری به همراه درمان کایروپراکتیک در درمان

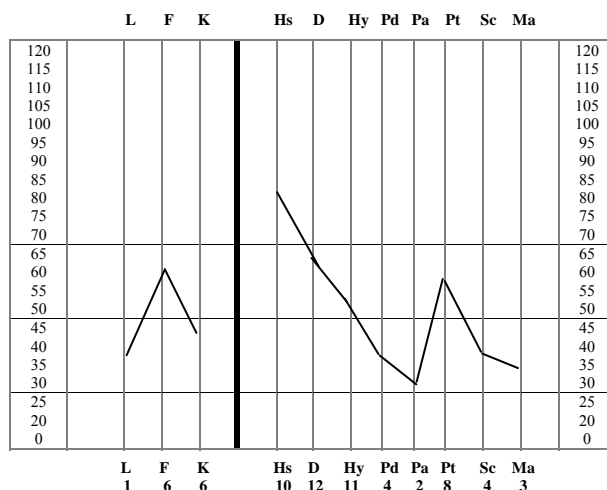
اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی) کارایی دارد؟

قبل از پاسخ‌گویی به این سؤال پژوهش لازم به توضیح است که ۴ نفر از آزمودنی‌ها در گروه خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک بوده و ۳ نفر از آنان در گروه خانواده درمانی شناختی - رفتاری بوده‌اند. برای پاسخ‌گویی به سؤال اول پژوهش ابتدا مشخصات جمعیت شناختی و نمودارهای مربوط به نیمرخ روانی چهار آزمودنی اول که در جلسات خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک شرکت کرده‌اند، ارائه می‌گردد.

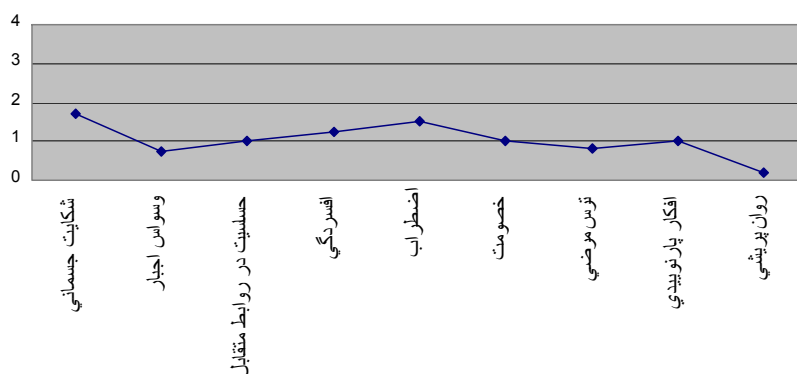
مشخصات آزمودنی اول: خانم ف - ت، ۲۵ ساله، دانشجوی، فرزند آخر خانواده، پدر و مادر هر

دو دارای تحصیلات ابتدایی و دارای یک خواهر ۳۰ ساله لیسانسه و دو برادر ۳۱ و ۳۳ ساله دیپلمه.

آزمودنی در جلسه اول مصاحبه بالینی اظهار کرده است: "۲ سال است که از همسرم جدا شده‌ام به دلیل این‌که همسرم با زن دیگری ارتباط داشت و معتاد بود. اکنون بسیار عصبی، حساس و زودرنج شده‌ام، کمر درد شدیدی دارم، قبلاً یک بار هم خودکشی کرده‌ام اما موفق نشدم، حالا هم از زندگی کردن خسته‌ام، مدتی قبل به دلیل کمر درد شدید به یک پزشک کایروپراکتیک مراجعه کردم که تشخیص اختلال سایکوسوماتیک داده است."



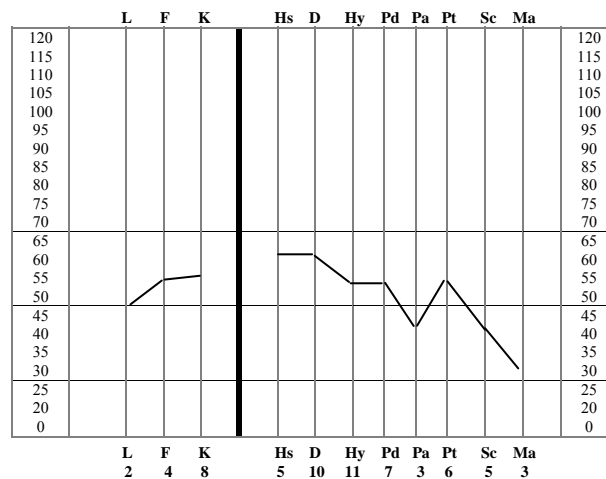
نمودار ۱. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)



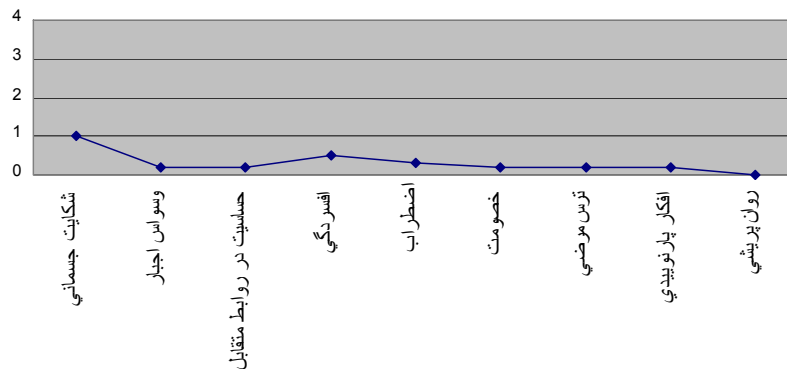
نمودار ۲. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)

چنانکه در نمودار ۱ مشاهده می شود، آزمودنی تمایل به این داشته که خودش را بدتر از آنچه که هست جلوه دهد. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس HS یا هیپوکندریا (۱۰) نشان دهنده این است که آزمودنی در مورد وضعیت جسمانی و سلامتی خود نگران و ناراحت است و سعی دارد از طریق ناراحتی های جسمی توجه دیگران را به خود جلب کند. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس D یا افسردگی (۱۲) نیز نشان دهنده افسردگی او است.

نمودار ۲ نشان دهنده نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون SCL-90-R است. همانگونه که در این نمودار مشاهده می شود نمره آزمودنی در مقیاس های شکایات جسمانی (۱۹)، افسردگی (۱۹) و اضطراب (۱۵)، نشان می دهد که آزمودنی از وضعیت جسمانی خود رضایت ندارد و مبتلا به اضطراب و افسردگی است. با مقایسه نمودارهای ۱ و ۲ می توان نتیجه گرفت که بین نتایج آزمون MMPI و SCL-90-R همخوانی وجود دارد.



نمودار ۳. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)



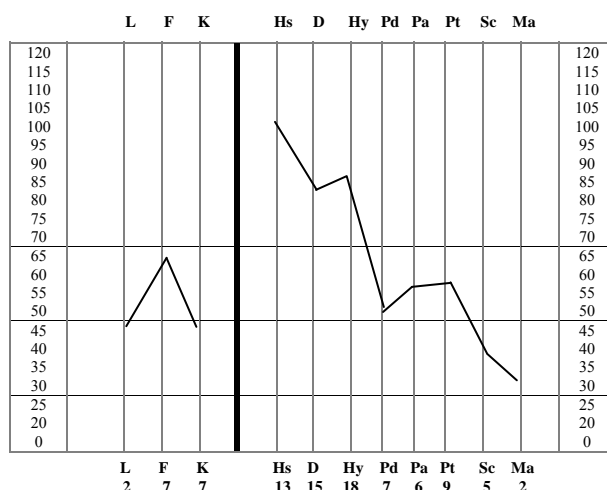
نمودار ۴. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)

نمودار ۳ وضعیت روانی آزمودنی اول را در آزمون MMPI بعد از مداخله نشان می‌دهد، همان‌گونه که در این نمودار مشاهده می‌کنید، وضعیت روانی این آزمودنی بعد از مداخله کاملاً نرمال و بهنجار است، بخصوص در مقیاس D یا افسردگی نمره آزمودنی بسیار پایین بوده (۱۰) و در مقیاس Hs یا هیپوکندر یا نیز نمره آزمودنی بسیار پایین است (۵)، که نشان دهنده سلامت جسمانی او است. نمودار ۴ نیمرخ روانی آزمودنی اول را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B) نشان می‌دهد. همان‌طور که در این نمودار مشاهده می‌شود، وضعیت روانی و جسمانی آزمودنی کاملاً نرمال و بهنجار است، به‌طوری که نمره آزمودنی در مقیاس شکایات جسمانی برابر با ۱۱، در مقیاس اضطراب برابر با ۷، در مقیاس افسردگی برابر با ۸ است که هر سه نمره بسیار پایین است. با مقایسه نمودارهای شماره ۱ و ۲ (قبل از مداخله) و نمودارهای شماره ۳ و ۴ (بعد از مداخله) می‌توان نتیجه گرفت که به کارگیری روان‌درمانگری خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری همراه

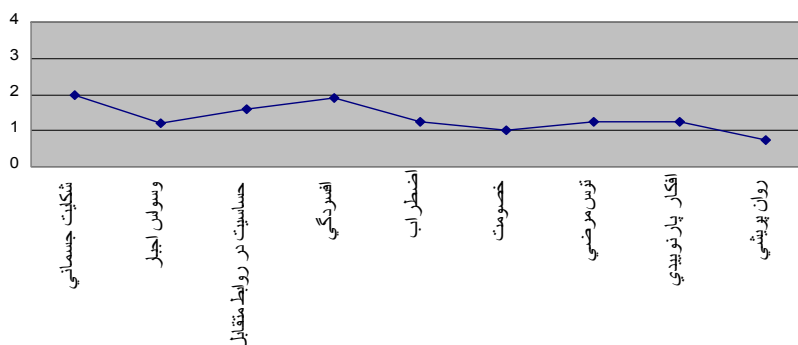
با درمان کایروپراکتیک در درمان اختلال عضلانی استخوانی (کمردرد) آزمودنی اول و اختلالات روانی همبود با آن نقش مؤثری داشته است.

مشخصات آزمودنی دوم. خانم ن، ش. ز. ب، ۲۲ ساله، دانشجوی، مادر ۶۲ ساله فوق لیسانس، پدر ۶۲ ساله لیسانس، دارای سه خواهر ۲۶، ۲۸ و ۳۰ ساله که به ترتیب لیسانس، دانشجوی و دکتری حقوق هستند.

آزمودنی در اولین جلسه روان درمانگری اظهار کرده است: "۱۷ ساله بودم که پدر و مادرم با وضع بدی از هم جدا شدند و اکنون با مادر و مادر بزرگم زندگی می‌کنم، بسیار بی‌انگیزه و بی‌حوصله‌ام و دائماً خواب هستم، چهار ماه است که مبتلا به کمر درد شدیدی هستم و تمام زندگی‌ام را فلج کرده است، بسیار زودرنج، عصبی و بی‌قرار هستم، مدتی قبل به یک مرکز کایروپراکتیک مراجعه کردم، تشخیص اختلال سایکوسوماتیک (عضلانی استخوانی) داده است."



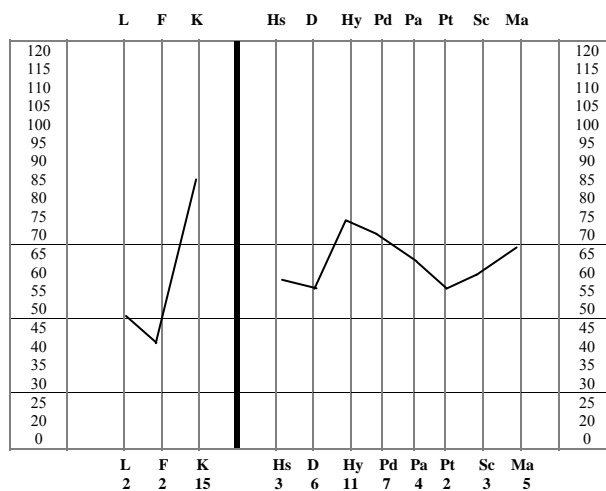
نمودار ۵. نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)



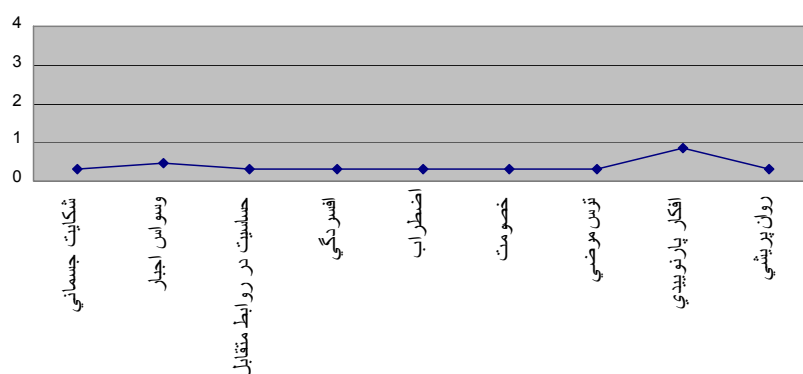
نمودار ۶. نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)

همان‌گونه که در نمودار ۵ مشاهده می‌شود آزمودنی تمایل داشته که خود را بدتر از آنچه هست نشان دهد، بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس F (۷) نشان دهنده اضطراب زیاد آزمودنی است. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا (۱۳) نشان می‌دهد که آزمودنی از وضعیت جسمانی خود ناراضی است و می‌خواهد از طریق آلام جسمانی توجه دیگران را جلب کند. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس D یا افسردگی (۱۵) نشان دهنده افسردگی شدید او است و بالا بودن نمره او در مقیاس Hy مربوط به ناراحتی‌های جسمانی آزمودنی است.

نمودار ۶ نیمرخ روانی آزمودنی دوم را در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله نشان می‌دهد. چنان‌که در این نمودار مشاهده می‌شود بالا بودن نمره آزمودنی در شکایات جسمانی (۲۵) نشان دهنده عدم رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است، هم‌چنین بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس افسردگی (۲۰) و در مقیاس اضطراب (۱۰)، نشان دهنده وجود افسردگی و اضطراب در او است. با مقایسه نمودارهای ۵ و ۶ درمی‌یابیم که بین نتایج آزمون MMPI و SCL-90-R همخوانی زیادی وجود دارد و هر دو نشان دهنده اضطراب، افسردگی و مشکلات جسمانی در آزمودنی هستند.



نمودار ۷. نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)



نمودار ۸. نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)

نمودار ۷ نیمرخ روانی آزمودنی دوم را بعد از مداخله نشان می دهد. همان گونه که در این نمودار مشاهده می شود، وضعیت روانی آزمودنی کاملاً نرمال و بهنجار است. پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hs (۳) نشان دهنده وضعیت جسمانی خوب او است و پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس D (۶) نشان دهنده عدم افسردگی و وضعیت خوب روانی او است. همچنین پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hy (۱۱) نشان دهنده رضایت او از وضعیت جسمانی خویش است.

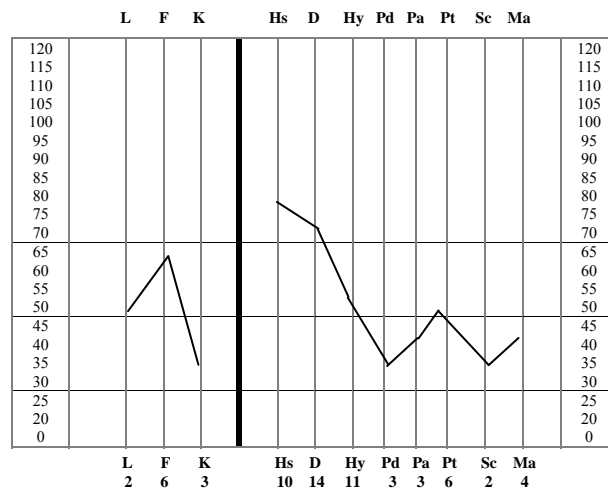
نمودار ۸ نیمرخ روانی آزمودنی دوم را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله نشان می دهد. همان گونه که در این نمودار مشاهده می شود، وضعیت جسمانی و روانی آزمودنی کاملاً نرمال و بهنجار است، به طوری نمره آزمودنی در شکایات جسمانی، افسردگی و اضطراب بسیار کم شده است. که نشان دهنده رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش، عدم وجود اضطراب و افسردگی در او است.

با مقایسه نمودارهای ۵ و ۶ با نمودارهای ۷ و ۸ می توان نتیجه گرفت که مداخله خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک نقش مؤثری در درمان اختلال عضلانی استخوانی (کمردرد) آزمودنی و سایر اختلالات روانی همبود با آن داشته است.

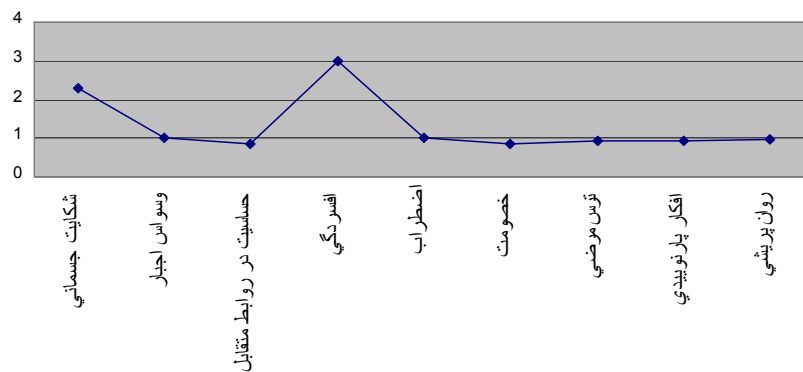
مشخصات آزمودنی سوم: خانم ح. ج. ن، ۳۸ ساله، دیپلمه، خانه دار، همسر ۴۰ ساله و دیپلمه، دارای یک دختر ۱۸ ساله دانشجوی و یک پسر ۱۴ ساله.

آزمودنی در اولین جلسه روان درمانگری اظهار کرد: "۲۰ سال است که ازدواج کرده ام و فشار روانی زیادی را از جانب همسر و خانواده او تحمل کرده ام، حق قضاوت ندارم، حق سرزنش ندارم، حق محکوم کردن ندارم (با گریه شدید)، بسیار افسرده ام، عصبی، زودرنج و بی حوصله شده ام و همیشه به خودکشی فکر می کنم، ۸ ماه است که به کمر دردهای شدیدی مبتلا شده ام که زندگی را

برایم سخت کرده است، مدتی قبل به یک مرکز کایروپراکتیک مراجعه کردم تشخیص اختلال سایکوسوماتیک داده است."



نمودار ۹. نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)

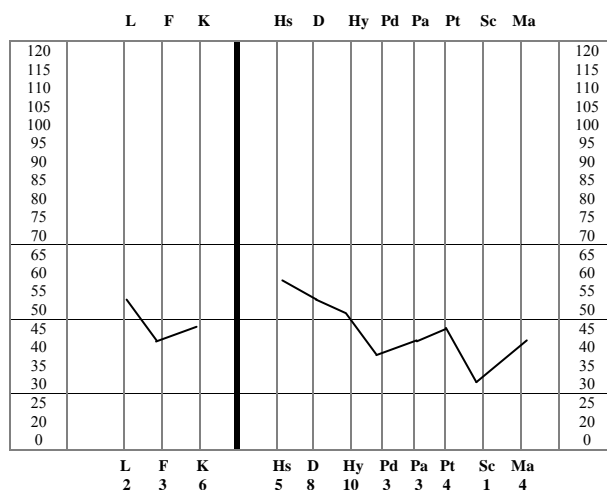


نمودار ۱۰. نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)

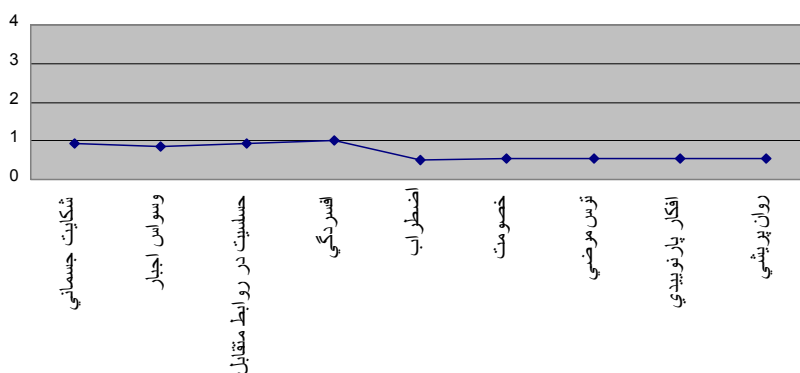
نمودار ۹ نیمرخ روانی آزمودنی سوم را در آزمون MMPI قبل از مداخله نشان می‌دهد. چنان‌که در این نمودار مشاهده می‌شود، آزمودنی تمایل داشته است که خود را بدتر از آنچه هست جلوه دهد. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا (۱۰) نشان دهنده نگرانی و عدم رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است و آزمودنی تمایل دارد از طریق دردهای جسمانی توجه دیگران را به خود جلب کند. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس D یا افسردگی (۱۴) نشان دهنده افسردگی شدید او است.

نمودار ۱۰ نیمرخ روانی آزمودنی سوم را در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود بالا بودن نمره آزمودنی در شکایات جسمانی (۲۷) نشان دهنده عدم

رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس افسردگی (۳۴) نیز نشان دهنده افسردگی شدید او است. با مقایسه نمودارهای ۹ و ۱۰ مشاهده می شود که بین نتایج آزمون MMPI و آزمون SCL-90-R همخوانی زیادی وجود دارد و هر دو آزمون نشان دهنده عدم رضایت جسمانی و افسردگی در آزمودنی است.



نمودار ۱۱. نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)



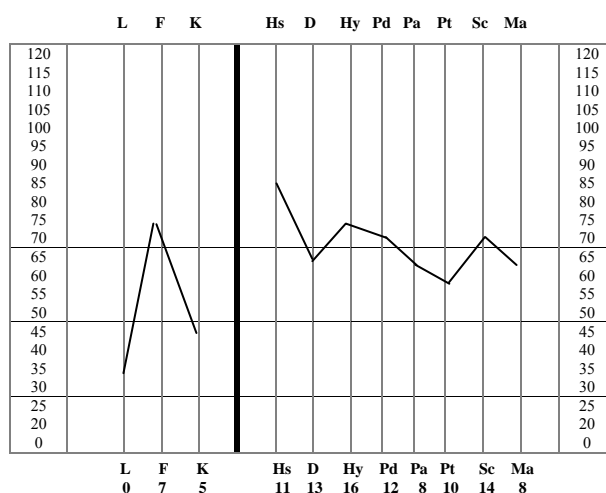
نمودار ۱۲. نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)

نمودار ۱۱ نیمرخ روانی آزمودنی سوم را در آزمون MMPI بعد از مداخله نشان می دهد. همان گونه که در این نمودار مشاهده می شود، نیمرخ روانی آزمودنی کاملاً نرمال و بهنجار است. پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا (۵) نشان دهنده وضعیت خوب جسمانی آزمودنی است و پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس D یا افسردگی (۸) نشان دهنده وضعیت خوب روانی و عدم افسردگی او است.

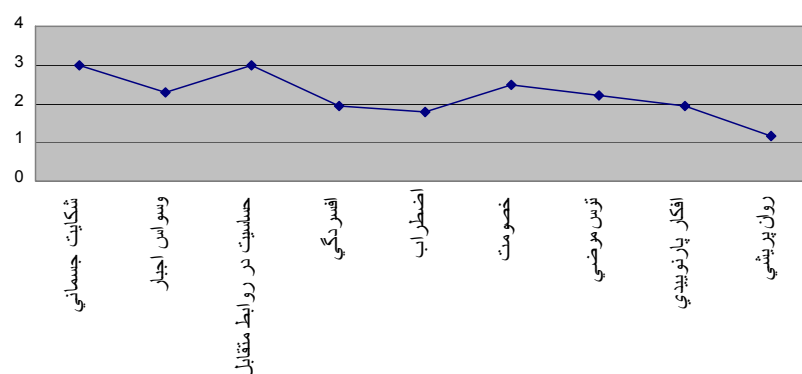
نمودار ۱۲ نیمرخ روانی آزمودنی سوم را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله نشان می‌دهد. این نمودار نشان می‌دهد که وضعیت روانی و جسمانی آزمودنی نرمال است، پایین بودن نمره آزمودنی در شکایات جسمانی (۱۰) نشان دهنده وضعیت جسمانی خوب او و پایین بودن نمره آزمودنی در افسردگی (۸) نشان دهنده عدم افسردگی و وضعیت روانی خوب او است. با مقایسه نمودارهای ۹ و ۱۰ با نمودارهای ۱۱ و ۱۲ می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مداخلات خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک نقش مؤثری در درمان اختلال عضلانی استخوانی آزمودنی سوم و سایر اختلالات روانی همبود با آن داشته است.

مشخصات آزمودنی چهارم: خانم ن، ر. ۲۳ ساله، دانشجوی، پدر بی‌سواد ۵۴ ساله، مادر ۴۸ ساله بی‌سواد، دارای سه خواهر ۲۵، ۲۸ و ۳۴ ساله که همگی دیپلمه هستند و دو برادر ۱۸ و ۳۳ ساله که به ترتیب پنجم ابتدایی و دبیرستانی هستند.

آزمودنی در اولین جلسه روان‌درمانگری اظهار کرده است: "۲ سال است که از همسرم جدا شده‌ام، چون با زن دیگری ارتباط داشت و می‌خواست با او ازدواج کند. همسرم مرا کتک می‌زد (با گریه شدید) و من ناچار شدم از او جدا شوم. حالا با پدر و مادرم زندگی می‌کنم ولی آنها به من اعتماد ندارند (با گریه شدید)، در حالی که من از مردها متنفرم، مدت ۵ ماه است که به کمردردهای شدیدی مبتلا شده‌ام که زندگی را برایم ناگوار کرده است، هیچ امیدی به زندگی ندارم و آرزویی جز مرگ ندارم. به یک مرکز کایروپراکتیک مراجعه کردم، تشخیص اختلال سایکوسوماتیک داده‌اند."



نمودار ۱۳. نیمرخ روانی آزمودنی چهارم در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)

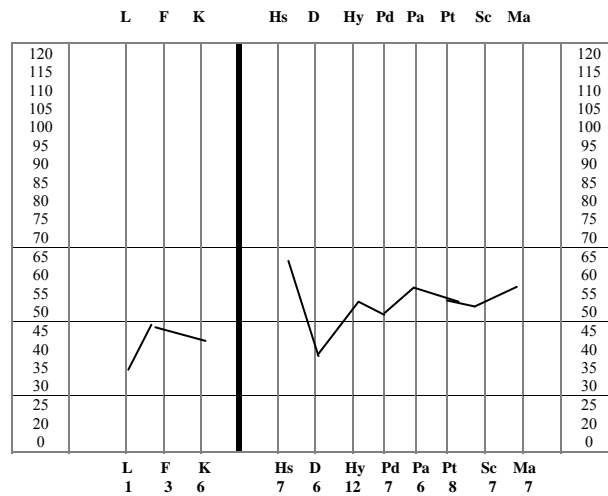


نمودار ۱۴. نیمرخ روانی آزمودنی چهارم در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)

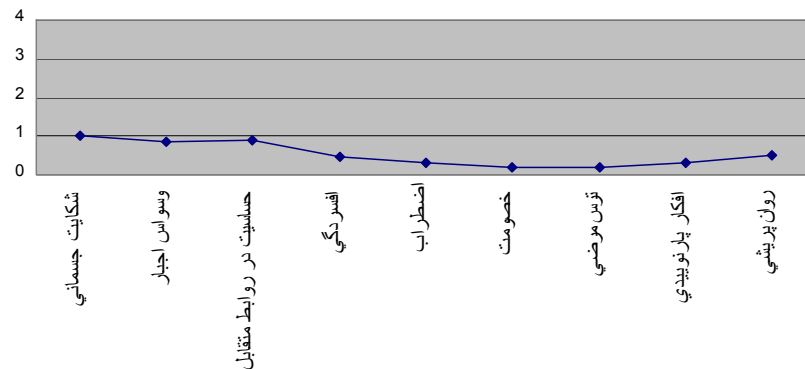
چنان‌که در نمودار ۱۳ مشاهده می‌شود، آزمودنی تمایل داشته خود را بدتر از آنچه هست نشان دهد و دارای اضطراب، گوشه‌گیری، افکار عجیب و غریب و اجتماع ستیزی است. بالا بودن نمره آزمودنی در میزان HS یا هیپوکندریا (۱۱) نشان دهنده نارضایتی آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است و این‌که آزمودنی تمایل دارد با آلام جسمانی توجه دیگران را جلب کند. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس D یا افسردگی (۱۳) نشان دهنده افسردگی شدید او است. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hy یا هیستری (۱۶) نیز نشان دهنده ناراحتی او از وضعیت جسمانی خویش است. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Pd یا سایکوپات (۱۲) نشان دهنده ناسازگاری اجتماعی آزمودنی است. نمره بالا در مقیاس Sc یا اسکیزوفرنیا (۱۴) نشان دهنده وجود افکار عجیب و غریب در آزمودنی است.

نمودار ۱۴ نیمرخ روانی آزمودنی چهارم را در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمره آزمودنی در کلیه شاخص‌ها بسیار بالا است از جمله در شکایات جسمانی (۳۵)، وسواس - اجبار (۲۳)، حساسیت در روابط متقابل (۲۸)، افسردگی (۳۱)، اضطراب (۱۹)، خصومت (۱۳)، ترس مرضی (۱۶)، افکار پارانوئیدی (۱۳) و روان پریشی (۱۸)، که همگی نشان دهنده وضعیت بد جسمانی و روانی آزمودنی است.

با مقایسه نمودارهای ۱۳ و ۱۴ می‌توان دریافت که بین نتایج آزمون MMPI و آزمون SCL-90-R کاملاً همخوانی وجود دارد و هر دو آزمون نشان دهنده اضطراب، افسردگی، افکار پارانوئیدی، ناسازگاری اجتماعی و نارضایتی از وضعیت جسمانی در آزمودنی هستند.



نمودار ۱۵. نیمرخ روانی آزمودنی چهارم در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)



نمودار ۱۶. نیمرخ روانی آزمودنی چهارم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)

نمودار ۱۵ نیمرخ روانی آزمودنی چهارم را در آزمون MMPI بعد از مداخله نشان می‌دهد. چنان‌که ملاحظه می‌شود، نیمرخ روانی آزمودنی کاملاً نرمال و بهنجار است. پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا (۷) و مقیاس Hy یا هیستری (۱۲) نشان دهنده وضعیت جسمانی خوب او و رضایت از وضعیت جسمانی در آزمودنی است و پایین بودن نمرات آزمودنی در مقیاس‌های D یا افسردگی (۶)، Pd یا سایکوپات (۷) و Sc یا اسکیزوفرنیا (۷) نشان دهنده وضعیت روانی خوب و مطلوب آزمودنی است.

نمودار ۱۶ نشان دهنده نیمرخ روانی آزمودنی چهارم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله است. پایین بودن نمرات آزمودنی در کلیه شاخص‌ها از جمله شکایات جسمانی (۱۲)، وسواس (۹)، حساسیت در روابط متقابل (۷)، افسردگی (۶)، اضطراب (۴)، خصومت (۴)، ترس مرضی (۱)، افکار

پارانوئیدی (۷) و روان پریشی (۵)، نشان دهنده وضعیت جسمانی و روانی خوب و مطلوب آزمودنی است.

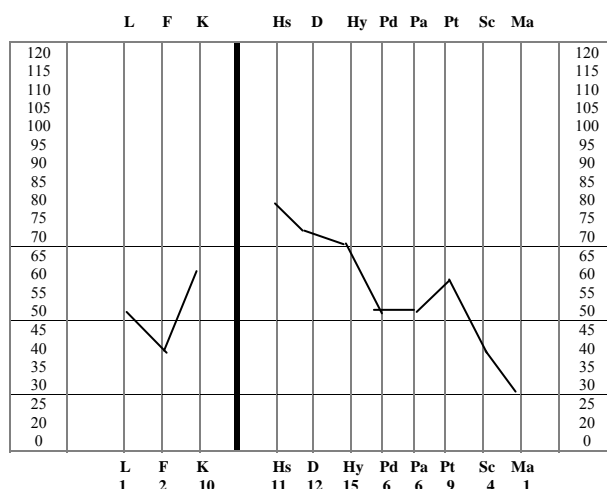
با مقایسه نمودارهای ۱۳ و ۱۴ با نمودارهای ۱۵ و ۱۶ می توان نتیجه گرفت که مداخلات خانوادگی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک نقش مؤثری در درمان اختلال روان تنی (عضلانی استخوانی) آزمودنی چهارم و سایر اختلالات روانی همبود با آن در این آزمودنی داشته است.

سؤال دوم پژوهش: آیا خانواده درمانی شناختی - رفتاری در درمان اختلال روان تنی (عضلانی استخوانی) کارایی دارد؟

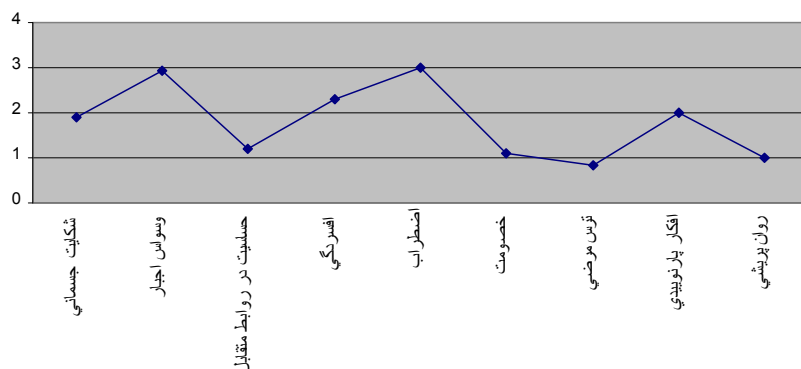
برای پاسخگویی به این سؤال پژوهش ابتدا مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی ها و سپس نمودارهای مربوط به نیمرخ روانی آنها در آزمون های MMPI و SCL-90-R قبل از مداخله و بعد از مداخله ارائه و تفسیر خواهد گردید.

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

آزمودنی در اولین جلسه روان درمانگری اظهار کرده است: "یک سال است که همیشه بی قرار و مضطرب هستم و احساس غمگینی و ناامیدی شدیدی دارم و همیشه به مرگ فکر می کنم، یک سال است که دچار کمر دردهای شدیدی می شوم که روان پزشکم معتقد است ریشه روانی دارد."



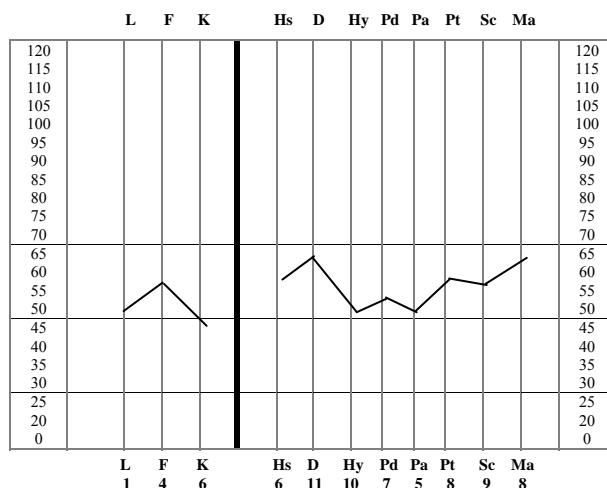
نمودار ۱۷. نیمرخ روانی آزمودنی پنجم در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)



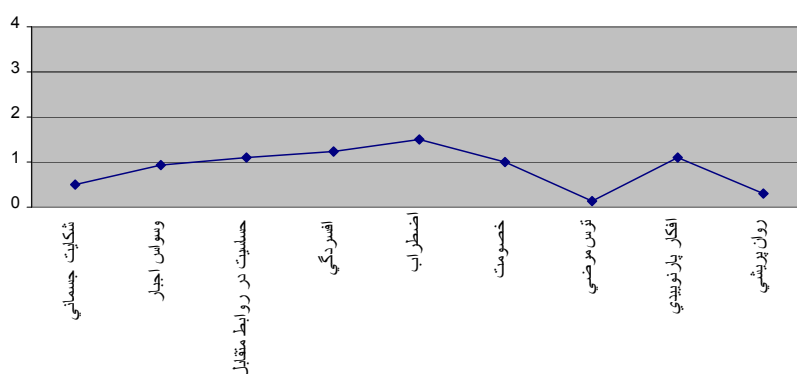
نمودار ۱۸. نیمرخ روانی آزمودنی پنجم در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)

نمودار ۱۷ نیمرخ روانی آزمودنی پنجم را در آزمون MMPI قبل از مداخله نشان می‌دهد. چنان‌که در نمودار دیده می‌شود، آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا نمره بالایی دارد (۱۱) که نشان دهنده نگرانی او درباره وضعیت جسمانی اش است و تمایل دارد از طریق ناراحتی‌های جسمانی توجه دیگران را جلب کند. نمره بالا در مقیاس D یا افسردگی (۱۲) نیز حاکی از افسردگی شدید او است. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hy یا هیستریا (۱۵) نیز نشانگر ناراحتی‌های جسمانی او است. نمودار ۱۸ نیمرخ روانی آزمودنی پنجم را در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود بالا بودن نمره آزمودنی در شاخص شکایات جسمانی (۲۷) نشانگر نارضایتی و نگرانی او از وضعیت جسمانی خویش است. بالا بودن نمرات آزمودنی در شاخص‌های وسواس - اجبار (۳۰)، افسردگی (۳۴) و اضطراب (۳۰) نیز نشانگر وجود وسواس، اضطراب و افسردگی شدید آزمودنی است.

با مقایسه نمودارهای ۱۷ و ۱۸ درمی‌یابیم که بین نتایج آزمون MMPI و SCL-90-R همخوانی زیادی وجود دارد به طوری که نتایج هر دو آزمون نشان دهنده وجود مشکلات جسمانی و نارضایتی از وضعیت جسمانی، افسردگی و اضطراب در آزمودنی هستند.



نمودار ۱۹. نیمرخ روانی آزمودنی پنجم در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)



نمودار ۲۰. نیمرخ روانی آزمودنی پنجم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)

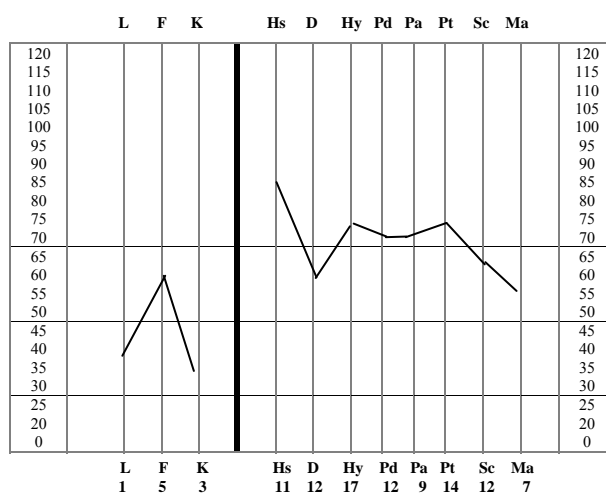
نمودار ۱۹ نیمرخ روانی آزمودنی پنجم را در آزمون MMPI بعد از مداخله نشان می‌دهد. همان طوری که در نمودار مشاهده می‌شود، وضعیت روانی آزمودنی کاملاً نرمال است. پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس‌های Hs یا هیپوکندریا (۶) و Hy یا هیستریا (۱۰) نشان دهنده وضعیت جسمانی خوب و رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است و پایین بودن نمره او در مقیاس D یا افسردگی (۱۰) نشان دهنده وضعیت روانی خوب و عدم افسردگی آزمودنی است.

نمودار ۲۰ نیمرخ روانی آزمودنی پنجم را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله نشان می‌دهد. چنان‌که در نمودار مشاهده می‌شود وضعیت جسمانی و روانی آزمودنی کاملاً نرمال است. پایین بودن نمره آزمودنی در شاخص شکایات جسمانی (۸) نشانگر وضعیت جسمانی خوب او بوده و نمرات پایین در شاخص‌های وسواس - اجبار (۹)، افسردگی (۸) و اضطراب (۱۰) نشان دهنده وضعیت روانی مطلوب و عدم افسردگی و اضطراب آزمودنی است.

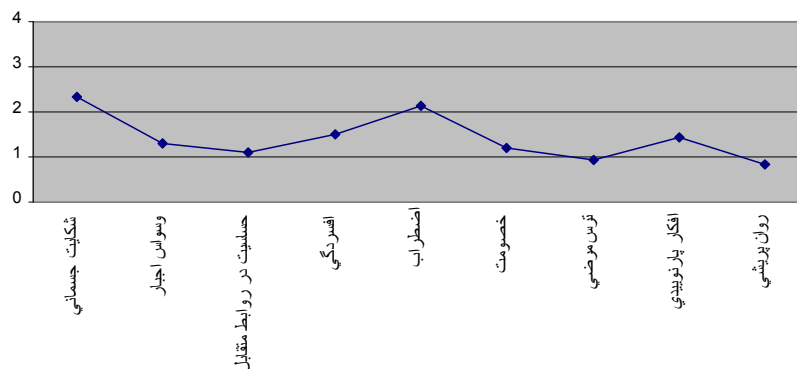
با مقایسه نمودارهای ۱۷ و ۱۸ با نمودارهای ۱۹ و ۲۰ می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات خانواده درمانی شناختی - رفتاری در درمان اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی) آزمودنی پنجم و سایر اختلالات روانی همبود با آن از جمله اضطراب و افسردگی او مؤثر است.

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

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



نمودار ۲۱. نیمرخ روانی آزمودنی ششم در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)

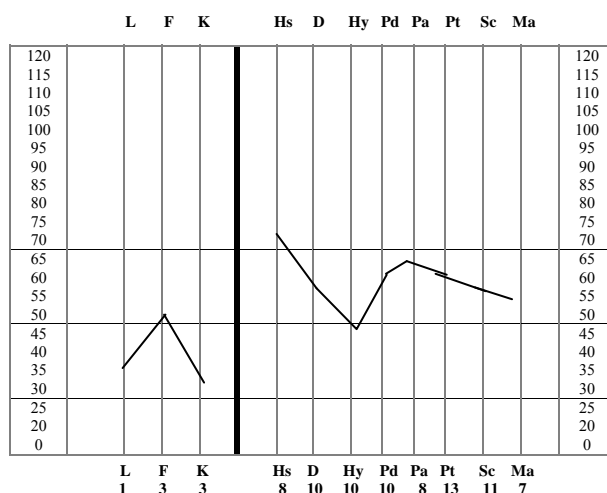


نمودار ۲۲. نیمرخ روانی آزمودنی ششم در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)

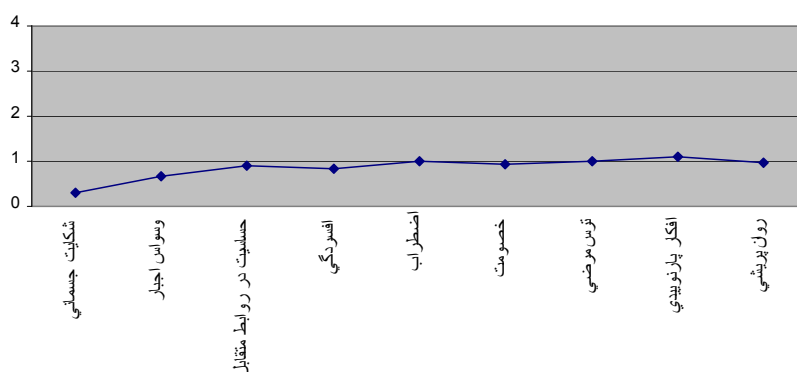
نمودار ۲۱ نیمرخ روانی آزمودنی ششم را در آزمون MMPI قبل از مداخله نشان می‌دهد. چنان‌که در نمودار مشاهده می‌شود، آزمودنی تمایل داشته است خودش را بدتر از آنچه هست جلوه دهد (نمره کم در مقیاس‌های K و L و نمره بالا در مقیاس F). از طرفی بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا (۱۱) نشان دهنده برداشت بد و نارضایتی آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است و این‌که او تمایل دارد با آلام جسمانی توجه دیگران را به خود جلب کند. همچنین بالاتر بودن نمره آزمودنی در مقیاس‌های Hs و Hy نسبت به مقیاس D نیز نشان دهنده این است که آزمودنی درگیری‌ها و کشمکش‌های درونی خود را بدنی می‌سازد و گرایش‌های هیستریک از خود نشان می‌دهد. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hy یا هیستری (۱۷) نیز مربوط به ناراحتی‌های جسمانی او است. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Pd (۱۲) نشان دهنده سوءظن و بدبینی به دیگران است و نمره بالای آزمودنی در مقیاس Pt (۱۴) نشانگر اضطراب، تشویش، ترس‌ها و دلهره‌های بی‌جای او است و نشان می‌دهد که ممکن است آزمودنی وسواس نیز داشته باشد.

نمودار ۲۲ نیمرخ روانی آزمودنی ششم را در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله نشان می‌دهد. چنان‌که در نمودار مشاهده می‌شود، نمره آزمودنی در شاخص‌های شکایات جسمانی (۳۰)، وسواس - اجبار (۱۶)، افسردگی (۱۸) و اضطراب (۱۹) بالا است، که نشان دهنده عدم رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش و وجود دردها و آلام جسمانی و همچنین وسواس، افسردگی و اضطراب شدید در او است.

با مقایسه نمودارهای ۲۱ و ۲۲ درمی‌یابیم که بین نتایج آزمون‌های MMPI و SCL-90-R همخوانی زیادی وجود دارد. به طوری که هر دو آزمون نشان دهنده وضعیت بد جسمانی، اضطراب، وسواس و افسردگی آزمودنی ششم هستند.



نمودار ۲۳. نیمرخ روانی آزمودنی ششم در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)



نمودار ۲۴. نیمرخ روانی آزمودنی ششم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)

نیمرخ روانی آزمودنی ششم را در آزمون MMPI بعد از مداخله در نمودار ۲۳ مشاهده می‌کنید. همان‌گونه که ملاحظه می‌کنید، نیمرخ آزمودنی کاملاً بهنجار و نرمال است. نمره پایین آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا (۶) و مقیاس Hy یا هیستری (۱۰) نشان دهنده وضعیت جسمانی خوب و رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است. پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس‌های Pd (۷) و Pt (۸) نیز نشان دهنده وضعیت روانی خوب و عدم سوءظن و اضطراب در او است.

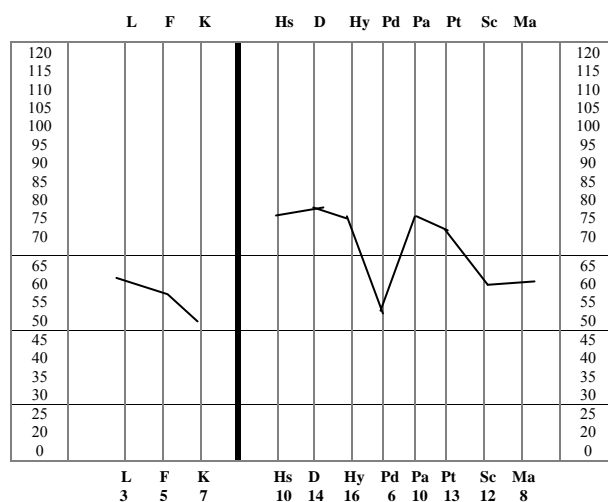
نمودار ۲۴ نیمرخ روانی آزمودنی ششم را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله نشان می‌دهد. همان‌گونه که در نمودار مشاهده می‌شود وضعیت جسمانی و روانی آزمودنی کاملاً نرمال است. به طوری که نمره پایین در شاخص شکایات جسمانی (۸) نشانگر رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خود و وضعیت جسمانی خوب آزمودنی است. پایین بودن نمرات آزمودنی در سایر شاخص‌ها از جمله وسواس - اجبار (۹)، افسردگی (۸) و اضطراب (۱۰) نشانگر وضعیت روانی خوب و مطلوب او است.

با مقایسه نمودارهای ۲۱ و ۲۲ با نمودارهای ۲۳ و ۲۴ می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی) آزمودنی و سایر اختلالات روانی همبود با آن نقش مؤثری داشته است

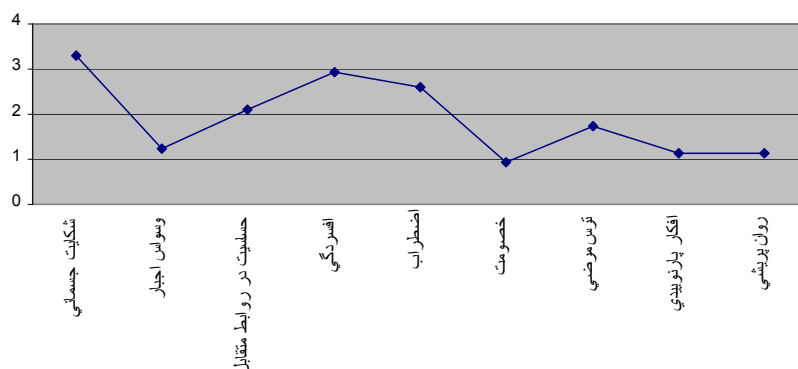
مشخصات آزمودنی هفتم: آقای ش، د. ۳۸ ساله، متأهل، لیسانسه، همسر ۲۸ ساله، لیسانسه، خانه‌دار و دارای دو پسر ۶ ماهه و ۷ ساله.

آزمودنی در اولین جلسه روان‌درمانگری اظهار کرده است: "چند سال است که با برادرم بر سر مسایل کاری و مالی مشکل دارم و همین باعث شده است که بسیار حساس و بی‌تحمل باشم و اکثر اوقات دچار اضطراب شدید شوم، مدت ۶ ماه است که به کمر درد و گردن درد شدیدی مبتلا شده‌ام،

به پزشک مراجعه کرده‌ام که نتیجه‌ای نداشته، چندی قبل به روان‌پزشک رجوع کردم، ایشان اظهار کردند که کمر درد و گردن دردم ناشی از ناراحتی‌ها و فشارهای روحی روانی است."

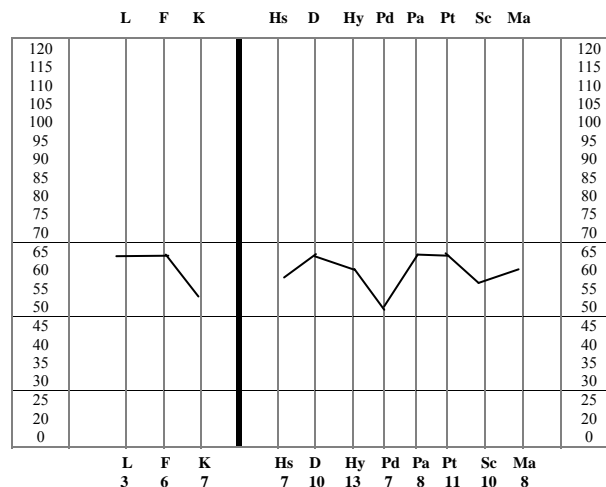


نمودار ۲۵. نیمرخ روانی آزمودنی هفتم در آزمون MMPI قبل از مداخله (مرحله A)

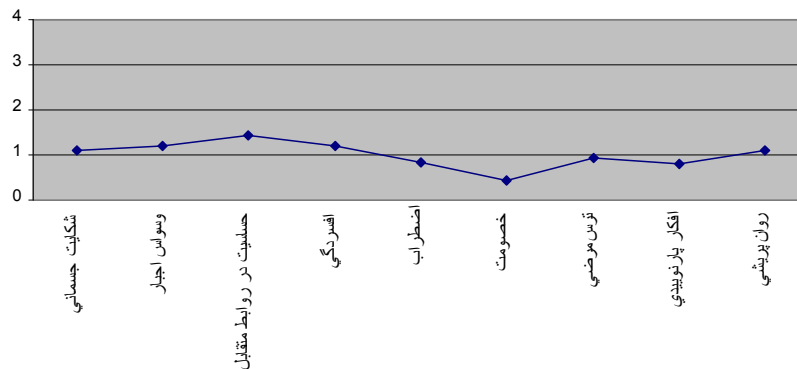


نمودار ۲۶. نیمرخ روانی آزمودنی هفتم در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله (مرحله A)
نمودار ۲۵ نیمرخ روانی آزمودنی هفتم را در آزمون MMPI قبل از مداخله نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود آزمودنی سعی داشته خود را بدتر از آنچه هست نشان دهد (نمره F آزمودنی بالاتر از نمره K است). بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس‌های Hs یا هیپوکندریا (۱۰) و Hy یا هیستریا (۱۶) نشان دهنده نارضایتی او از وضعیت جسمانی خویش است و این که آزمودنی تمایل دارد با آلام جسمانی توجه دیگران را جلب کند. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس D یا افسردگی (۱۴) نشان دهنده گوشه‌گیری و افسردگی او است. همچنین بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Pa یا پارانویا (۱۰) نشان دهنده سوءظن و بدبینی نسبت به دیگران است و نمره بالای آزمودنی در مقیاس Pt یا سایکاستنی (۱۳) نشانگر وسواس، اضطراب، تشویش و دلهره بی‌جا در او است.

نمودار ۲۶ نیمرخ روانی آزمودنی هفتم را در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله نشان می‌دهد. چنان‌که در این نمودار مشاهده می‌شود نمره آزمودنی در شاخص‌های شکایات جسمانی (۲۴)، وسواس (۱۴)، افسردگی (۲۹) و اضطراب (۲۲) بسیار بالا است که نشان دهنده نارضایتی آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش و وجود وسواس، افسردگی و اضطراب شدید در او است. با مقایسه نمودارهای ۲۵ و ۲۶ درمی‌یابیم که بین نتایج آزمون‌های MMPI و SCL-90-R همخوانی زیادی وجود دارد. به طوری که نتایج هر دو آزمون نشان دهنده وجود عدم رضایت جسمانی، وسواس، اضطراب و افسردگی در آزمودنی هفتم است.



نمودار ۲۷. نیمرخ روانی آزمودنی هفتم در آزمون MMPI بعد از مداخله (مرحله B)



نمودار ۲۸. نیمرخ روانی آزمودنی هفتم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B)

چنان‌که در نمودار ۲۷ مشاهده می‌شود، وضعیت روانی آزمودنی هفتم بعد از مداخله در مقیاس‌های مختلف آزمون MMPI کاملاً نرمال و بهنجار است. به طوری که نمره پایین آزمودنی در مقیاس‌های Hs یا هیپوکندریا (۷) و Hy یا هیستریا (۱۳) نشان دهنده رضایت جسمانی آزمودنی و وضعیت مطلوب جسمانی در او است. همچنین پایین بودن نمرات آزمودنی در مقیاس‌های D یا

افسردگی (۱۰)، Pa، یا پارانویا (۸) و Pt یا سایکاستنی (۱۱) به ترتیب نشانگر عدم وجود گوشه گیری و افسردگی، سوءظن و بدبینی به دیگران و اضطراب، تشویش و دلهره در او است. نمودار ۲۸ نیمرخ روانی آزمودنی هفتم را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله نشان می دهد. همان گونه که ملاحظه می کنید، پایین بودن نمرات آزمودنی در شاخص های شکایات جسمانی (۱۲)، وسواس (۸)، افسردگی (۹) و اضطراب (۱۱) نشان دهنده وضعیت جسمانی و روانی مطلوب و نرمال او است.

با مقایسه نمودارهای ۲۵ و ۲۶ با نمودارهای ۲۷ و ۲۸ می توان نتیجه گرفت که مداخلات خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلال روان تنی (عضلانی استخوانی) آزمودنی هفتم و سایر اختلالات روانی همبود با آن نقش مؤثری دارد.

خلاصه

در این فصل براساس سئوال ها و هدف های پژوهش به ارائه یافته های پژوهش پرداختیم. در مورد سئوال اول پژوهش یافته ها نشان داد که کاربرد خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک در درمان اختلال روان تنی عضلانی استخوانی (کمردرد) و سایر اختلالات روانی همبود با آن نقش مؤثری دارد.

در مورد سئوال دوم پژوهش نیز یافته ها نشان داد که کاربرد خانواده درمانی شناختی - رفتاری به تنهایی در درمان اختلال روان تنی عضلانی استخوانی (کمردرد) و سایر اختلالات روانی همبود با آن نقش مهم و مؤثری دارد.

فصل پنجم :

بحث و

نتیجہ گیری

در این فصل به تجزیه و تحلیل و بحث در مورد یافته‌های پژوهش خواهیم پرداخت، چنان‌که قبلاً نیز ذکر شد، پژوهش حاضر دارای دو هدف به شرح زیر است:

۱. بررسی کارایی مداخلات خانوادگی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک در درمان اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی).
۲. بررسی کارایی مداخلات خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی).

اعتقاد اصلی و زیربنایی خانواده درمانی این است که مشکلات بشر اساساً بین فردی هستند و نه درون فردی. بنابراین راه حل این مشکلات نیز مستلزم رویکرد مداخله‌ای است که مستقیماً روابط بین افراد را اداره کند و بهبود بخشد. خانواده نه تنها مهم‌ترین عامل محیطی مؤثر در رشد و تحول شناختی افراد است، بلکه دیده شده است که بسیاری از مشکلات افراد از مشکلات خانواده‌های آنان ریشه می‌گیرد (کامبرینک گراهام^۱، ۱۹۸۹). براین اساس متخصصان و پژوهشگران بالینی شروع به مطالعه خانواده، به عنوان یک نظام تعاملی کرده‌اند. در نتیجه خانواده درمانی با استفاده از فنون مربوط به رویکردهای مختلف، به منزله یک راهبرد درمانی شایع و رو به تزاید برای حل مشکلات و اختلال‌های درون فردی و بین فردی شده است. از طرفی دیده شده است که نه تنها درمان‌های انفرادی قادر به ارائه راه‌حل‌های کارآمد برای مشکلات بین فردی نیستند، بلکه بسیاری از بیمارانی که براساس رویکردهای درمانی انفرادی به طور موفقیت‌آمیزی کاملاً درمان شده‌اند، به محض بازگشت به خانواده، نشانه‌های بیماری آنها عودت می‌کند (کار^۲، ۲۰۰۰؛ به نقل از خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۲).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک نقش مؤثری در درمان اختلالات روان‌تنی عضلانی استخوانی نظیر کمردرد و گردن درد دارد. مقایسه نیمرخ روانی آزمودنی‌های این گروه قبل از مداخله و بعد از مداخله نشانگر این تأثیر و کارایی است. به طوری که بعد از مداخله نه تنها نمرات آزمودنی‌ها در شاخص‌های مربوط به شکایات جسمانی و نارضایتی از وضعیت جسمانی کاهش چشمگیری پیدا کرده است، بلکه نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، وسواس، سوءظن و بدبینی نسبت به دیگران نیز بسیار کاهش یافته و به حد نرمال رسیده است.

^۱ . Combrink - Graham

^۲ . Carr

یافته فوق با نتایج پژوهش‌های ولسکا و همکاران (۲۰۰۳)، مک مورلند و سوتر (۲۰۰۰)، فرایر و همکاران (۲۰۰۳)، ایوانز و برانفورت (۲۰۰۱) و شکل و کالتر (۱۹۹۷)؛ همخوانی و همسویی دارد. ولسکا و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای که بر روی ۲۵۵۵ نفر که مبتلا به درد در ناحیه پشت، گردن و کمر بودند دریافتند که کلیه بیمارانی که پشت درد و کمر درد داشتند توسط کایروپراکتیک درمان شدند. مک مورلند و سوتر (۲۰۰۰) نیز در مطالعه‌ای ۱۱۹ بیمار مبتلا به کمر درد و گردن درد (۵۸ نفر کمر درد و ۶۱ نفر گردن درد) را مورد مطالعه و درمان قرار دادند. آنها به مدت چهار هفته از ۱۲ نوع فن کایروپراکتیک برای درمان این بیماران استفاده کردند. نتایج نشان داد که در گروهی که مبتلا به کمر درد بودند، ۵۲/۵ درصد کاهش درد و ۵۲/۹ درصد کاهش ناتوانی را گزارش کردند.

فرایر و همکاران (۲۰۰۳) با انجام یک مطالعه فراتحلیلی به بررسی قابلیت درمان‌های کایروپراکتیک در درمان دردهای ناحیه پشت در ۳۴ پژوهش پرداختند. آنان قابلیت درمان دردهای ناحیه پشت را با استفاده از تطبیق و تنظیم مفاصل و ستون فقرات با دست یا کایروپراکتیک گزارش کردند.

ایوانز و برانفورت (۲۰۰۱) تعداد ۱۹۱ بیمار مبتلا به گردن درد و دردهای ناحیه ستون فقرات را طی ۱۱ هفته با استفاده از تطبیق و تنظیم مفاصل و ستون فقرات با دست و تمرینات توانبخشی با تکنیک MEDX مورد مطالعه و درمان قرار دادند. نتایج نشان داد درمان در گروهی که همراه با کایروپراکتیک، تنظیم و تطبیق ستون فقرات را دریافت کردند بسیار رضایت‌بخش‌تر از گروهی بود که کایروپراکتیک دریافت نکردند.

شکل و کالتر (۱۹۹۷) نیز با مطالعه ۳۱ بیمار مبتلا به کمر درد دریافتند که در مجموع درمان کایروپراکتیک به نتایج مطلوب‌تری از سایر روش‌ها (مثل فیزیوتراپی) منجر شد.

نتایج پژوهش حاضر هم‌چنین نشان داد که مداخلات خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری به تنهایی در درمان اختلال روان‌تنی عضلانی استخوانی (کمر درد و گردن درد) و اختلالات روانی زیر بنایی آن از جمله اضطراب، افسردگی، سوءظن و بدبینی به دیگران، وسواس و مشکلات ارتباطی نقش بسیار مؤثری دارد.

این یافته با نتایج پژوهش‌های جی و همکاران (۱۹۸۷)، به نقل از واکر و روبرتس، (۲۰۰۱) و جانسون و داهل (۱۹۹۸) همسویی دارد.

جی و همکاران (۱۹۸۷)، به نقل از واکر و روبرتس، (۲۰۰۱) به مقایسه روش‌های خانواده درمانی شناختی - رفتاری، دارو درمانی و کنترل توجه در درمان دردهای استخوانی در کودکان پرداختند. آنها دریافتند که خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری مؤثرترین شیوه درمانی برای کنترل این دردها بود.

جانسون و داهل (۱۹۹۸) تأثیر برنامه‌های کنترل شناختی - رفتاری را بر گروهی از افراد مبتلا به دردهای عضلانی استخوانی بررسی کردند. نتایج نشان داد که برنامه‌های کنترل شناختی - رفتاری به صورت منظم می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی دردهای عضلانی استخوانی را درمان کنند. چنان‌که مشاهده شد هم مداخلات درمانی ترکیبی و هم مداخلات درمانی انفرادی منجر به بهبودی افراد مبتلا به بیماری‌های عضلانی استخوانی (کمر درد و گردن درد) گردیده است.

احتمالاً یکی از دلایل موفقیت خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلالات روان تنی (عضلانی استخوانی) و سایر اختلالات روانی همبند با آن در آزمودنی‌های پژوهش حاضر مربوط به نوع مشکلات آنها بوده است که عمدتاً مشکلات بین فردی بوده‌اند (مثل مشکل با همسر، پدر و مادر، خواهر و برادر و غیره). در واقع با رجوع به اظهارات آزمودنی‌ها در جلسات روان درمانگری شاید بتوان گفت که ریشه مشکلات جسمی و روانی آنها مربوط به تعارضات و اختلافات حل نشده‌ای بوده است که با افراد خانواده خود از جمله همسر، فرزندان، پدر و مادر و خواهر و برادر داشته‌اند. لذا درمان خانوادگی با حل این تعارضات بین فردی از طریق آموزش فنونی چون مهارت‌های حل مسئله، مهارت‌های برقراری ارتباط، جرأت ورزی، مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، مثبت‌نگری و بازسازی شناختی به افراد خانواده به آنها کمک کرده است تا نه تنها با مشکلات موجود به شیوه کارآمد و مناسبی مقابله کنند، بلکه از روبرو شدن با هر نوع مشکل احتمالی دیگری پیشگیری کنند. بخصوص این که در مداخلات خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری تأکید زیادی بر اصلاح شیوه‌های ارتباطی منفی، الگوهای باور و تفکر غیر منطقی و انتظارات غیرواقع‌گرایانه می‌گردد.

محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب تعداد معدودی آزمودنی به عنوان گروه نمونه پژوهش به دلیل عدم دسترسی به تعداد زیادی از افراد همسان و مبتلا به اختلال روان‌تنی عضلانی استخوانی بوده است. محدودیت دیگر این پژوهش عدم مقایسه این دو شیوه درمانی و عدم استفاده از گروه کنترل به دلیل مسایل اخلاقی و انسانی است.

کاربردهای پژوهش

نتایج پژوهش حاضر قابل کاربرد در مراکز بهداشتی، مشاوره‌ای، روان‌درمانی و پزشکی است.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی ضمن در نظر گرفتن گروه کنترل از حجم نمونه بزرگتری استفاده شود تا از طریق مقایسه دو روش با یکدیگر به نتایج دقیق‌تر و معتبرتری دست یافت. همچنین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی کارایی سایر روش‌های روان‌درمانگری از جمله روان‌تحلیل‌گری، رفتار درمانی و شناخت درمانی یا به تنهایی یا همراه با دارو درمانی در درمان سایر اختلالات روان‌تنی مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد.

خلاصه

در این فصل به طور خلاصه به بحث و نتیجه‌گیری درباره نتایج و یافته‌های تحقیق حاضر پرداخته شد و همسویی نتایج با نتایج سایر پژوهش‌ها مطرح گردید. همچنین گفته شد که یکی از دلایل احتمالی تأثیر و کارایی خانواده درمانی شناختی - رفتاری در درمان اختلال روان‌تنی عضلانی استخوانی و اختلالات روانی آزمودنی‌ها این بوده است که ریشه این اختلالات در تعارضات و درگیری‌های حل نشده بین فردی آنان بوده است و مداخلات خانواده درمانی به حل این تعارضات کمک شایانی کرده است. نتایج پژوهش حاضر قابل کاربرد در مراکز مشاوره‌ای و کلینیک‌های روان‌درمانگری می‌باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر نداشتن گروه کنترل و حجم نمونه کوچک است که پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی این محدودیت‌ها برطرف گردد.

فهرست

منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۸۱). *آسیب‌شناسی روانی*. تهران: انتشارات بعثت.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). *متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی*. چاپ دوم، مترجمان نیکخو، محمدرضا و آوادیس یانس، هامایاک. تهران: انتشارات سخن.
- خدایاری فرد، محمد و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۲). کاربرد خانواده درمانگری (مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری) در سه تک بررسی و سواس - بی‌اختیاری. *مجله علوم روان‌شناختی*. دوره دوم، شماره ۶، ص ۱۰۱-۱۲۵.
- خدایاری فرد، محمد؛ شکوهی یکتا، محسن؛ غباری بناب، باقر؛ به پژوه، احمد و همکاران. (۱۳۸۴). *بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری در کاهش اختلالات روانی زندانیان رجایی شهر کرج*. طرح پژوهشی اجرا شده زیر نظر دانشگاه تهران و سازمان زندان‌های شهر تهران. تهران: دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- خدایاری فرد، محمد. (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*. سال پنجم، شماره ۱، ص ۲۵-۱.
- خدایاری فرد، محمد. (۱۳۸۳). *درمان اختلال هراس خاص با روش خانواده درمانگری شناختی - رفتاری*. *مجله علوم روان‌شناختی*. شماره ۱۱.
- خدایاری فرد، محمد. (۱۳۸۳). *گزارشی نهائی پژوهشی کاربرد خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی و رفتاری در درمان افسردگی، هراس اجتماعی و ترس از تنهایی*. دانشگاه تهران: دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- روزنهان، دیویدال و سلیگمن، مارتین ای. پی. (۱۳۸۲). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه سیدمحمدی، یحیی. تهران: نشر ساوالان.
- ریو، جان مارشال. (۱۳۸۰). *انگیزش و هیجان*. ترجمه سیدمحمدی، یحیی. تهران: نشر ویرایش.
- زارب، م. ژانت. (۱۹۹۲). *ارزیابی و شناخت - رفتار درمانی نوجوانان*. ترجمه خدایاری فرد، محمد و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۲). تهران: انتشارات رشد.
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۷۸) *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه.
- سیف، علی اکبر. (۱۳۸۳) *روان‌شناسی پرورشی: روان‌شناسی یادگیری و آموزش*. تهران: انتشارات آگاه.

- شاملو، سعید. (۱۳۸۲). *آسیب‌شناسی روانی*. تهران: انتشارات رشد.
- کاپلان، سادوک. *جلد سوم خلاصه روان‌پزشکی*. ترجمه پورافکاری، نصرت‌اله، ۱۳۶۹، تهران: انتشارات ذوقی.
- گلدنر، مایکل، ریچارد. (۱۳۸۲). *درسنامه مختصر روان‌پزشکی*. تهران: انتشارات شهر آب.
- گلدنبرگ ایرنه، گلدنبرگ هربرت. (۱۳۸۲). *خانواده درمانی*. ترجمه حسین شاهی برواتی و نقشبندی، سیامک، تهران: انتشارات روان.
- مارنات، گری گراث. (۱۹۹۰). *راهنمای سنجش روانی*. ترجمه پاشا شریفی، حسن و نیکخو، محمدرضا، ۱۳۷۵، تهران: انتشارات رشد.
- میلی کین، جان و سلی. *خانواده درمانی، روش‌های نوین برای پایان بخشی به بحران‌های خانوادگی*. نشریه همشهری. ۱۳۷۹/۸/۲۹.
- ولمن، بنجامین. (۱۹۹۸). *اختلالات روان‌تنی*. ترجمه نجاریان، بهمن، دهقانی، محسن و دبلاغ، بهرام، ۱۳۷۵، تهران: انتشارات رشد.

- American psychiatric Assonciation. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC.
- Andersson, P. (1999). *The NewEngland Journal of Medicine*, 129, 315-321.
- Asmundson, G., Govdony. G, & Peter J. (1999). Norton and Felix veloso, Anxiety Sensitivity and fear of pain in patients with recurring headaches. *Behavior Research and therapy*, 5, 103-113.
- Aure, H. (2002). *Effects of Exercise Therapy on Low back pain*. New York: Springer Press.
- Barber, T. X. (1982). Hypnosugg ective procedures in the treatment of pain. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds), *Handbook of clinical Health psychology*. (PP. 123-143), New York: Plenum press.
- Benson, H. (1985). *Beyond the Relaxation Response*. New York: Berkley Books.
- Bonello. K., & Pollard, B., & Tuchin, M. (2004). *National board of chiropractic Examiners Review of Research on chiropractic*. 162-165.
- Cherkin, D., MacCornack F. (1990). Evalluations of patient from Family Physicians and chiropractic. *Journal of the canadian chiropractic Association*. 34 (10), 125-138.
- Combrink – Graham, L. (1989). *Children in family context: Perspective on Treatment*. New York: Guilford Press.
- Dattilio, F. M. (2001). Cognitive – Behavior family therapy: Misconceptions. *contemporary family therapy*, 23(1), 248-259.
- Dattilio, F. M. (2003). Family therapy. In R. T., Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive – behavioral therapy*. (pp. 237-252). New York: The Guilford Press.
- Dobson, C. B. (1982). *Stress: the hidden adversary*. Lancaster: M. T. P. Press.
- Dyer Meade, T, Boowen, S, Frank, W, (1995). Random Comparison of chiropractic and Hospital Outpatient Treatment for Low Back Pain: Results from Extended Follos Up. *British Medical Journal*, 5, 311-349.

- Dyer Meade, T. & Boowen, S. & Frank, W. Townsend. (1990). Random comparison of chiropractic and Hospital Outpatient Treatment for Low Back Pain of mechanical Origin. *British Medical Journal*. 1431-1437.
- Evan, N. & Bronfort, H., & Andersson, A. (2004). *National board of chiropractic Examiners Review of Research on chiropractic*. (p. 150-153).
- Evans, N. (2004). *National board of chiropractic Examiners Review of Research on chiropractic*. (pp. 179-182).
- Evans, N. & Bronfort. (2001). *Chronic Neck Pain*. (Spine). January, (p. 131).
- Ferreira. (2003). *Effects of Manipulative Therapy on Low back pain*. (J.M.P.T). April, (p. 42).
- Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. London: Hograth Press.
- Gielow, V. (1995). *Old Dad Chiropractic*, LaCrosse, WI, USA, P. 83.
- Giles, L. & Muller, V. (1999). *Case Studies in Chiropractic MRI*. International Chiropractic Association, Arlington, Virginia.
- Giles, S & Muller, V. (2003). *National board of chiropractic Examiners Review of Research on chiropractic*. (pp. 28-30).
- Goldberg, N., Haas, P., & Alkin, B. (2004). *Effects of Chiropractic on Back pain*. (J.M.P.T). July, (p.29).
- Goodwin, G., Hass, N., & Nyiendo, H. (2000). (Oregon, Portland. Area). *National board of chiropractic Examiners Review of Research on chiropractic*. (p. 25-26).
- Gore, L. (2004). National board of chiropractic Examiners. *Review of Research on Chiropractic*. (p. 50).
- Green, E. E., and Green, A. M. (1986). Biofeedback and states of consciousness. In B. B. Wolman & M. Wman (Eds), *Handbook of stress of consciousness*. (PP. 298-315). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Gross Hoving, P. (2001). *The Annuals of internal Medicine*. April, 117-122.
- Haas, C. & Bronfort, M. (2004). National board of chiropractic Examiners. *Review of Research on chiropractic*. (p. 68-71).
- Hallahan, D. P., & Hauffman, J. M. (2003). *Exceptional children: Introduction to special education*. Englewood cliffs, Ny: Prentice Hal.
- Harber, C. & Morgenstern, D. & Hurwitz, M. (2002). National board of chiropractic Examiners. *Review of Research on chiropractic*. (pp. 32-35).
- Harrison, V. (2004). National board of chiropractic Examiners. *Review of research on Chiropractic*.
- Hertzemun – Miller, S. (2000). National board of chiropractic. *Examiners Review of Research on chiropractic*. (p. 28).
- Hertznan – Miller, S., Ruth, P., Morgenstern, H., Hurwitz, E., Fei, Y., Adams, A. H., Harbor, Ph., & Kominski, G.F. (2002). Camparing of satisfaction of patient with Low – back pain from medical cure and chiropractic. *American Journal of public Health*, 92 (10), 198-215.
- Holmes, R. (1988). *Academy of Armory*, Published by the aughor reprinted Menston, England (1972). The Scholar Press. Ltd.
- Holmes, T. H., Rahe, J. (1974). *Life change and illness susceptibility*. New York: Wiley.
- Homewood, A. (1979). *The Neuro Biomechanics of the Vertebral Subluxation*, London: Valerie press, Inc.
- International Chiropractors Association. (1997). *Policy Handbook and Code of Ethics*. 4th Edition, August. CRS Press, New York.
- International Physicians Association (IPA). *National board of chiropractic Examiners Review of Research on chiropractic*. (p. 7).

- Johansson, H., & Dahl, Jo, A. (1998). Effect of a cognitive behavioral pain management program. *Behavior Research and therapy*. 36, (1), 915-930.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. K. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 19-36.
- Keating Jr., (1999). *Dynamic Chiropractic*. Chiropractic, 17 (13), 17-28.
- Kendal, P. C. (2000). *Child and Adolescent therapy: cognitive behavioral procedures*. New York: Guilford Press.
- Kendal, 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.
- Kirchner, Jeffrey. T. (2002). Comparing three therapies for treatment of low – back pain. *American family physician*, 59 (4), 75-86.
- Knapp, P. H. (1985). Current theoretical concepts in Psychosomatic medicine. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry (4 th ed.)*, (pp. 1113-1121). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Korthals – Debos, H. (2002). *British medical Journal*. November, 97-99.
- Laidlow, K; Thompson, L. W.; Siskin, L. D, and Thompson, D. G. (2003). *Cognitive behavior therapy with older people*. England: John Wiley & Sons.
- Leahy, R. L. (2003). Roadblocks in cognitive – behavioral therapy: transforming challenges in to opportunities for change. New York, London: the Guilford press.
- Liebman, D., Minuchin, S., & Baker, L. (1974). The use of structural family therapy in treatment of intractable asthma. *American Journal of Psychiatry*, 131 (5), 241-253.
- Levitt, E. E., & Truuma, A. (1972). *The normalization and Validation of SCL-90-R for adolescence*. New York: Grune & Stratton.
- Lipowski, Z. J. (1985). *Psychosomatic medicine and Liason Psychiatry*. New York: Plenum Press.
- Meeker, C., & Haldman, H. (2002). Effects of Chiropractic on Low back pain in Randomized Controlled Trials. *J.M.P.T.* May, 231-242.
- McMorland, L., & Suter, H. (2000). Treatment on Vertebral. *J.M.P.T.* March, 131-54.
- MEDX (High technology rehabilitative equipment).
- Meeker, C. & Haldeman, D. (2004). National board of chiropractic Examiners. *Review of Research on chiropractic*. (p. 78).
- Meeker, C. (2000). *National board of chiropractic Examiners Review of Research on chiropractic*. (p. 13).
- Micucci, J. A. (1998). *The adolescent in family therapy*. Ny: Guilford press.
- National board of chiropractic Examiners. (NBCE). (2003). *Review of Research on Chiropractic*, (pp.5).
- Niemisto, R. (2003). Effects of combination of Manipulative & Stabilizing Exercise. *Spine*. September, (p. 32).
- Palmer, B. J. (1943). *The Subluxation Specific – The Adjustment Specific*, Davenport, IA: Palmer School of Chiropractic.
- Palmer, D. (2004). National board of chiropractic Examiners. *Review of Research on Chiropractic*, 2-20.
- Palmieri, H., & Smoyak, T. (2002). Review of Cherkin & Deyo & Hart Research. National board of chiropractic Examiners. *Review of Research on chiropractic*. 398-421.
- Pavlov, I. P. (1928). *Lectures on conditioned reflexes*. New York: Liveright.
- Sarnat, R. & Winterstein, V. (2004). The spinal pain. *J.M.P.T.*, June, 455.

- Seley, H. (1946). *The stress of life*. New York: Macmillan.
- Seley, H., (1993). History of the stress concept. In L. Galdberger & S. Brezvitiz (Eds.). *Handbook of stress (2nd ed.)*. 234--242. New York: Free press.
- Selye, H., (1981). The stress concept today. In I. L. Kutush etal (Eds.), *Handbook on stress ad anxiety*. (pp. 564-580). London: Joffey – Bass.
- Shekel, M. (1998). *Chiropractic care*. Merietta, Georgia, 13-16.
- Shekelle & Coulter. (2004). *National board of chiropractic Examiners Review of Research on chiropractic*. (p. 63).
- Simos, G. (2002). *Cognitive Behavior therapy*. London: Routledye.
- Skargren, C. & Oberg, P. (1998). *The vertebral Subluxation complex*. Si-Nell Publishing, Austell, GA. (p. 1881).
- Smoyak & Palmieri (2002). *Mnipulation Under Anesthesia (MUA)*. (J.M.P.T). April. (pp. 311-313).
- Teichman, Y. (1992). Cognitive therapy with family: A case study. In A. Freeman & F. M. Datti Lio (Eds.). *Comprehensive – casebook of cognitive therapy*. (pp. 78-89). Ny: Plenam press.
- Waik, S. (1988). U. S. Department of Health and Human Services. (1994). *Acute low Back Problems in Adults Assessment and Treatment*, Pockville, Mayland.
- Walker, C. E., & Roberts, M. C. (2001). *Handbook of clinical child psychology (third Edition)*. New York: John Wiley & Sons, INC.
- Weiner, H. (1980). Contemporary research and the mind – boky problem. In R. W. Rieber (Ed.), *Body and mind* (pp. 223-240). New York: Academic Press.
- Wetner, H. (1977). *Psychobiology and human disease*. New York: Elsevier.
- Whithingham & Nilsson. (2002). *The Vertebral Subluxation complex*. (J.M.P.T). October, (pp. 52).
- Williams, P. (2004). *National board of chiropractic Examiners Review of Research o Chiropractic*.
- Williams, Sik, E. (1998). *An Introduction To Chiropractic Science*. World Federation of Chiropractic Conference Education Manila, Philippined, September.
- Wolman, B. B. (1986). Protoconscious and Psychopathology. In B. B. Wolman & M. Uliman (Eds.), *Handbook of states of consciousness* (pp. 311-331). New York: Van Nowtyrand.
- Wolman, B. B. (1988). *Psychosomatic disorders*. New York: Plenum Publishing Co.
- Wolska & Hurwitz & Morgenstern. (2003). *National board of chiropractic Examiners Review of Research on chiropractic*. (p. 23).
- Wolska. (November 1997 & February 1998). *New England Journal Medicine*. August (p. 1431).
- Woodham, A., & peters, D. (2000).. Etal: *Encyclopedia of natural Eealing*.
- Yates, A. J., (1980). *Biofeed back and the modification of Behavior*. New York: pleaum press.