

## خانواده درمانگری شناختی - رفتاری در درمان بیماران مبتلا به دردهای عضلانی استخوانی

### Cognitive - Behavioral Family Therapy for Patients with Musculoskeletal Pain

Mohammad Khooyarifard, PhD

University of Tehran

Yasamin Abedini

M.A. in Educational  
Psychology

یاسمین عابدینی

کارشناس ارشد  
روانشناسی تربیتی

دکتر محمد خدایاری فرد

دانشگاه تهران

#### Abstract

The effectiveness of cognitive-behavioral family therapy in the treatment of patients with psychosomatic musculoskeletal pain was examined. Applying an A-B single-subject design, three patients (two males and one female) with psychosomatic musculoskeletal pain in the areas of lower back and neck, referred to a private, psychological clinic, were selected as the sample. Clinical interviews, MMPI and ScL-90-R tests were done to measure psychological problems. Family therapy was done and post test results showed the effectiveness of cognitive-behavioral family therapy by promoting patients' skills of problem solving and communication, effective coping and self assertion. Further research is suggested to assess the relative effectiveness of other kinds of therapy techniques such as drug, behavior, and individual and group cognitive therapy.

**Key words :** psychosomatic disorders, musculoskeletal disorders, single-subject design, family therapy, cognitive-behavioral therapy.

Contact information : tel : 88259418  
email : khodayar@au.ac.ir

#### چکیده

کارایی خانواده درمانگری شناختی - رفتاری در درمان اختلالات روان تنی از نوع عضلانی، با استفاده از یک طرح تک آزمودنی از نوع A-B مورد بررسی قرار گرفت. تعداد ۳ نفر (۲ مرد و ۱ زن) مبتلا به اختلال روان - تنی عضلانی استخوانی (کمردرد و گردن درد) که به یک کلینیک خصوصی روان درمانگری ارجاع شده بودند، به عنوان گروه نمونه این پژوهش انتخاب شدند. پس از مصاحبه بالینی روان درمانگر، آزمودنیها به آزمونهای MMPI و SCL-90-R پاسخ دادند و سپس روش خانواده درمانگری شناختی - رفتاری در مورد آنها اجرا شد. نتایج آزمودنیها در پس آزمون کارایی بالای این روش درمانگری در حل تعارضها و مشکلات بین فردی از طریق آموزش مهارتهایی مانند حل مسأله، برقراری ارتباط مؤثر، مقابله کارآمد و جرأت‌ورزی را نشان داد. پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای بعدی کارایی سایر روشهای درمانگری از جمله دارودرمانگری، رفتاردرمانگری و شناخت‌درمانگری فردی و گروهی بررسی و با یکدیگر مقایسه شود.

**واژه‌های کلیدی :** اختلالات روان تنی، اختلالات عضلانی استخوانی، طرح تک آزمودنی، خانواده درمانگری، شناخت - رفتاردرمانگری.

## مقدمه

موضوع ارتباط روان و تن از دیرباز مورد بحث بوده است. به طوری که امروزه اغلب متخصصان و دست‌اندرکاران حوزه‌های علمی اعتقاد دارند که انسان موجودی روانی، اجتماعی و جسمانی است و برای شناخت او باید هر سه بُعد را در مدنظر قرار داد و توجه داشت که این سه بُعد اثر متقابل بر یکدیگر دارند. اعتقاد به یکپارچگی روان و تن و اثر متقابل آنها بر یکدیگر، به پیدایش گروهی از اختلالات که روان<sup>۱</sup> و تن<sup>۲</sup> را در بر می‌گیرند و بخصوص بیماریهای جسمانی‌ای که دارای علت‌شناسی<sup>۳</sup> روانی هستند منجر شده است (کرسینی، ۱۹۹۹). این گروه از بیماریها را بیماریهای روان - تنی<sup>۴</sup> نامیده‌اند.

به عبارت دیگر، اختلالهایی مانند آسم، زخم معده، فشار خون، دردهای عضلانی و استخوانی و سردرد، گروهی از بیماریهای جسمانی را تشکیل می‌دهند که معلول مشکلات روانی هستند یا دست کم تحت تأثیر عوامل و تنیدگیهای روانی شدید ایجاد می‌شوند. امروزه تقریباً همه بیماریهای جسمانی را به طور بالقوه با تنیدگیهای روانی مرتبط می‌دانند. برای مثال، اگرچه در چهارمین متن تجدیدنظر شده مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰)، اختلالهای روانی در محورهای I و II و شرایط طبی عمومی در محور III قرار گرفته‌اند، مع‌هذا به این نکته نیز اشاره شده است که مجزاکردن محورها بدین معنا نیست که «اختلالهای روانی» با عوامل یا فرایندهای جسمانی یا زیست‌شناختی، مرتبط نیستند یا آنکه شرایط طبی عمومی با عوامل یا فرایندهای رفتاری یا روانی اجتماعی ارتباط ندارند. در واقع، DSM-IV-TR ایجاد هر نوع تمایز بنیادی بین اختلالهای روانی و شرایط طبی عمومی را نمی‌پذیرد و بر همپوشی، تأثیر هر یک بر دیگری و حتی عدم امکان جداسازی آنها در برخی از مواقع تأکید دارد (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰، ص ۲۷).

نتایج بسیاری از مطالعه‌ها و بررسیهای کنترل شده و گسترده روانشناسان و روانپزشکان نیز نشان می‌دهند که

میزان شیوع این قبیل اختلالات در کشورهای پیشرفته صنعتی ده‌ها برابر شایع‌تر از جوامع غیرصنعتی و سنتی است و همچنین در شهرها نیز به مراتب بیشتر از روستاهاست (ولمن، ۱۹۸۸).

میسن<sup>۵</sup> (۱۹۷۵ نقل از ولمن، ۱۹۸۸) اعتقاد دارد تجربه‌ها و عوامل تنش‌زای روزمره‌ای که ساکنان شهرهای بزرگ و جوامع صنعتی با آن روبه‌رو می‌شوند، تغییراتی را در غدد درون‌ریز به وجود می‌آورند. این تغییرات نیز به نوبه خود بر کنشهای سیستم ایمنی تأثیر می‌گذارند و آسیب‌پذیری موجود زنده را در برابر بیماریها افزایش می‌دهند. رویدادهای تنیدگی‌زا می‌توانند بر کار آمینهای زیستی - ژنتیکی دستگاه عصبی مرکزی تأثیر بگذارند و به کاهش مقاومت موجود زنده و در نتیجه به اختلالهای روان‌تنی منجر شوند.

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 اختلالهای روان‌تنی چندین روی‌آورد و دیدگاه وجود دارد که عبارتند از: روی‌آورد دارویی، فیزیولوژیکی، روان‌تحلیل‌گری، رفتاری، شناختی و شناختی - رفتاری. تعیین اینکه کدام روی‌آورد بیشترین کارایی را دارد به آسانی میسر نیست. اگرچه نتایج تحقیقات نشان‌دهنده تأثیر و کارایی دارو-درمانگری در درمان اختلالهای روان‌تنی مرتبط با ستون فقرات، مفاصل و عضلات است (وودهام، ۲۰۰۰)، اما با توجه به اینکه در حال حاضر تأکید آشکار روانپزشکی روان‌تنی بر تعامل عوامل عضوی و روانشناختی است (لیپووسکی، ۱۹۸۵)، هدف اصلی درمان اختلالهای روان‌تنی مانند درمان سایر اختلالهای روانی نه‌تنها از بین بردن علائم بیماری است، بلکه پیشگیری از عود مجدد آنهاست؛ لذا توجه به علل روانشناختی زیربنایی آن از هدفهای مهم درمانگری اینگونه اختلالات محسوب می‌شود. از این رو به تازگی متخصصان حوزه بالینی، به استفاده از روشهای مختلف روان‌درمانگری از جمله

1. psyche  
2. soma

3. etiology  
4. psychosomatic

5. Missen, H.

کارکرد نظام خانواده از طریق فنون شناختی و رفتاری نظیر آموزش مهارتهای برقراری ارتباط، حل مسأله، تنش‌زدایی و نظام پاداش‌دهی مبتنی بود. نتایج نشان دادند که استفاده از این فنون در جلسه‌های خانواده درمانگری منجر به درمان موفقیت‌آمیز این اختلالات و سایر اختلالاتی مشکل‌آفرین این کودکان شد.

اختلالاتی روان‌تنی (عضلانی - استخوانی) تظاهرات موضعی اضطراب، تنش، فشار و هیجان در فرد هستند که به صورت تنود<sup>۷</sup> ماهیچه‌ای جلوه‌گر می‌شوند (آزاد، ۱۳۸۱). اضطراب نقش مهمی را در شناخت، عاطفه و رفتار بیماران دارای درد مزمن، وابسته به آسیب‌های عضلانی - استخوانی دارد (آسمانسان، نورتون و لوسو، ۱۹۹۹). از پژوهشهایی که تأثیر خانواده درمانگری شناختی - رفتاری را در درمان اضطراب، تنش و هیجان مؤثر بر دردهای عضلانی - استخوانی به کار برده‌اند و نتایج آن را مثبت گزارش داده‌اند می‌توان به پژوهشهای زیر اشاره کرد:

کندال، پانیچلی - میندل، شوگرمن و کالاهان (۱۹۹۷) تأثیر روشهای شناختی - رفتاری را در افراد مبتلا به اختلالاتی اضطرابی و دردهای عضلانی - استخوانی نشان دادند. این پژوهشگران طی شانزده هفته مؤلفه‌های شناختی اضطراب (شناخت نشانه‌های فیزیولوژیکی اضطراب، اصلاح گفتگوهای اضطراب‌آور، سازش با موقعیتهای مختلف و ارزشیابی موفقیت فرد در فرایند سازش با موقعیتهای) را به افراد گروه آزمایشی آموزش دادند و از راهبردهای رفتاری نظیر الگوبرداری، حساسیت‌زدایی، بازی نقش و آموزش تنش‌زدایی نیز سود جستند.

در پایان جلسه‌های درمانگری نشانه‌های اضطراب در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به صورت معناداری کاهش یافتند.

کازدین و ویس (۱۹۹۸) تأثیر شناخت - رفتار درمانگری انفرادی و خانواده درمانگری مبتنی بر روی آورد شناخت - رفتار درمانگری را مقایسه کردند. آنها گروهی از افراد مبتلا به اختلال اضطرابی و اختلالاتی روان‌تنی را با

شناخت - رفتار درمانگری در درمان اختلالاتی روان‌تنی علاقه‌مند شده‌اند (کازدین و ویس، ۱۹۹۸) و کارایی فنون شناختی - رفتاری را در درمان اختلالاتی عضلانی استخوانی مورد بررسی قرار داده‌اند (جانسون و داهل، ۱۹۹۸).

مهمترین پیش‌فرض در درمان اختلالاتی روانی این است که با در نظر گرفتن مشکلات هر فرد خاص، ترکیب مختلفی از روی‌آوردهای فردی و خانوادگی ممکن است حداکثر کارایی را داشته باشد، اما روی‌آوردهای رفتاری، شناختی و شناختی - رفتاری به تنهایی یا همراه با دارو درمانگری از جمله مؤثرترین شیوه‌های درمانگری برای درمان اختلالاتی روان‌تنی هستند (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱).

به کارگیری فنون شناختی - رفتاری چه در جلسه‌های انفرادی و چه در جلسه‌های خانوادگی در درمان اختلالاتی روان‌تنی بسیار رایج است. جی<sup>۱</sup>، الیوت<sup>۲</sup>، کتز<sup>۳</sup> و سیگل<sup>۴</sup> (۱۹۸۷) نقل از واکر و روبرتس، (۲۰۰۱) با مقایسه روشهای خانواده درمانگری شناختی - رفتاری، استفاده از دارو و فن مهار توجه در تسکین درد ناشی از مغز استخوان<sup>۵</sup> نتیجه گرفتند که به کارگیری فنون شناختی - رفتاری در جلسه‌های خانوادگی مؤثرترین شیوه برای کنترل این دردها بود.

همچنین مشاهده شده است که خانواده درمانگری مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان کودکانی که مبتلا به اختلالاتی روان‌تنی هستند تأثیر زیادی دارد. لیمن، مینوچین و بیکر (۱۹۷۴) از روی‌آوردهای نظامدار گروهی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری برای درمان تعدادی از کودکان مبتلا به آسم شدید استفاده کردند. این بیماری یکی از اختلالاتی روان‌تنی است که در آن اختلال آلرژیک اولیه با عوامل هیجانی و خصوصاً مشکلات و تعارضهای حل نشده و مزمن خانوادگی، ترکیب می‌شود. در این پژوهش جلسه‌های خانواده درمانگری گروهی بر کاهش نشانگان<sup>۶</sup>، تشخیص، تغییر ساختار و

1. Jay, S. M.  
 2. Elliott, C. H.  
 3. Katz, E.

4. Siegel, S. E.  
 5. bone marrow aspiration  
 6. syndrome

7. tonus

از فقدان مشکلات جسمانی بر مبنای ضوابط تشخیصی اختلال بدنی شکل نامتمایز<sup>۴</sup> (DSM-IV-TR, ۲۰۰۰؛ دادستان، ۱۳۸۴) انجام شد. ضابطه اصلی این اختلال، وجود یک یا چند شکایت جسمانی است که شش ماه یا بیشتر طول کشیده باشد و نشانه‌های آن بر اساس وجود یک اختلال جسمانی شناخته شده و یا تأثیر مستقیم مصرف مواد، تبیین نشوند، یا آنکه شکایتهای جسمانی یا معلولیت‌های ناشی از آنها، به مراتب بیش از آن باشند که با توجه به سوابق بیمار، معاینه‌های جسمانی یا داده‌های آزمایشگاهی می‌توان انتظار داشت. افزون بر این، نشانه‌ها باید به ایجاد عارضه‌های معنادار بالینی در قلمرو اجتماعی یا قلمروهای مهم کنش‌وری<sup>۵</sup> منجر شوند و به صورت عمدی ایجاد یا وانمود نشوند.

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

محتوای اکثر پرسشهای MMPI، نشانه‌های بیماریهای روانپزشکی، روانشناختی، عصب‌شناختی و یا جسمانی را در بر می‌گیرد. نحوه پاسخ به پرسشهای این آزمون به صورت «بله» یا «خیر» است که در آن پاسخ مورد نظر نمره ۱ و سایر پاسخها نمره صفر دریافت می‌کنند. پس از تکمیل شدن آزمون توسط آزمودنی، نیمرخ روانی او بر اساس نمره‌هایی که در مقیاسهای ۱۳ گانه دریافت کرده

روشهای شناختی - رفتاری مانند تقویت مهارتهای حل مسأله و مهارتهای ارتباطی درمان کردند. در گروه دیگر افراد و خانواده‌های آنان با استفاده از روشهای شناختی - رفتاری درمان شدند. در پایان جلسه‌های درمانگری در گروه اول ۵۷/۱٪ و در گروه دوم ۸۴٪ از افراد بهبود یافتند. جانسون و داهل (۱۹۹۸) اثرات یک برنامه مهار درد با روش شناختی - رفتاری را در گروهی از افراد با دردهای عضلانی - استخوانی بررسی کردند. این پژوهش شامل یک بررسی کنترل شده (مطالعه ۱) و یک بررسی در نمونه‌ای از بیماران بود که در طول درمانگری به طور مداوم مورد ارزیابی قرار گرفته بودند. چهار هفته برنامه شامل جلسه‌های آموزشی، تفهیم هدف، تمدد اعصاب، تمرین مهارتهای اجتماعی، روشهای کاهش دارو و برنامه برگشت مجدد به کار بود. نتایج حاصل از پیامد دو بررسی نشان داد که برنامه‌های مهار شناختی - رفتاری درد به صورت منظم می‌توانند به شکل موفقیت‌آمیزی برای دردهای عضلانی استخوانی مورد استفاده قرار گیرند. بر اساس آنچه ذکر شد هدف اصلی پژوهش حاضر مطالعه کارایی خانواده درمانگری شناختی - رفتاری در درمان اختلالهای روان‌تنی از نوع اختلالهای عضلانی - استخوانی است.

## روش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرحهای تک آزمودنی<sup>۱</sup> و به عبارت دقیقتر از نوع طرح A-B است.

نمونه پژوهش از بین مجموعه افراد مراجعه‌کننده به یک کلینیک روان درمانگری خصوصی (۲ مرد و ۱ زن) براساس تشخیص و ارجاع پزشک متخصص و مصاحبه بالینی توسط روان‌درمانگر، از بین مبتلایان به دردهای عضلانی استخوانی که مبنای پزشکی نداشتند انتخاب و سپس آزمونهای MMPI<sup>۲</sup> و SCL-90-R<sup>۳</sup> در مورد آنها اجرا شد.

• **مصاحبه بالینی روانشناختی**: به منظور حصول اطمینان

1. single-subject design  
2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)  
3. 90 Symptom Checklist Revised (SCL-90-R)

4. Undifferentiated Somatoform Disorder  
5. functioning

آزمون ۰/۷۰ و همایی (۱۳۷۹) ۰/۶۷ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر نیز از پرسشنامه ۹۰ سؤالی SCL-90-R استفاده شده است.

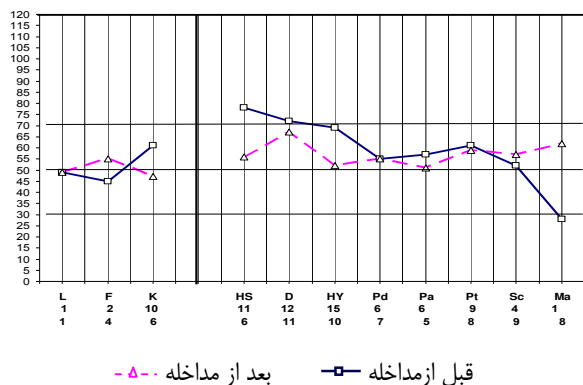
• بر مبنای نتایج معاینه‌های پزشکی و مصاحبه روانشناختی، آزمودنی‌های واجد شرایط انتخاب شدند و در ۱۶ جلسه خانوادگی درمانگری ۲ ساعته که هر هفته یکبار تشکیل می‌شد، شرکت کردند. در این جلسه‌ها به آموزش مهارت‌های تحلیل رفتار، حل مسأله، مهار خشم، برقراری ارتباط، جرأت‌ورزی، مقابله با تنیدگی<sup>۵</sup>، مقابله بین فردی، تنش‌زدایی، مثبت‌نگری و بازسازی شناختی پرداخته شد.

### یافته‌ها

#### آزمودنی الف، مذکر ۴۰ ساله

علت مراجعه این آزمودنی به کلینیک شکایت از درد شدید کمر و گردن بود که بیش از یکسال از آغاز آن می‌گذشت و پزشکان نتوانسته بودند مبنایی جسمانی برای آن بیابند.

نمودارهای ۱ و ۲، نیمرخ روانی آزمودنی الف را براساس نمره‌های تبدیل شده آزمونهای MMPI و SCL-90-R، قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهند.



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

همانگونه که در نمودار ۱ دیده می‌شود، قبل از مداخله

است ترسیم و توسط روانشناس تفسیر می‌شود (مارنات<sup>۱</sup>، ۱۳۷۵/۱۹۹۰).

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 اعتبار کلیه مقیاسهای MMPI در یک مطالعه فراتحلیلی اثبات و دامنه تغییر ضرایب اعتبار آنها بین ۰/۷۱ برای مقیاس Ma تا ۰/۸۴ برای مقیاس Pt گزارش شد (هانسلی<sup>۲</sup>، هانسون<sup>۳</sup> و پارکر<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸ نقل از مارنات، ۱۳۷۵/۱۹۹۰). اخوت و دانشمند (۱۳۶۲) اعتبار فرم ۷۱ سؤالی آزمون MMPI را با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه MMPI که دارای ۷۱ پرسش است استفاده شده است.

• **آزمون SCL-90-R** دارای ۹۰ سؤال است که همگی بر مبنای مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند (هیچ = ۰ تا خیلی زیاد = ۴). این آزمون دارای ۱۰ زیر مقیاس است که عبارتند از: شکایت‌های جسمانی (۱۲ سؤال)، وسواس - بی‌اختیاری (۱۰ سؤال)، حساسیت در روابط متقابل (۹ سؤال)، افسردگی (۱۳ سؤال)، اضطراب (۱۰ سؤال)، خصومت (۶ سؤال)، هراس (۷ سؤال)، افکار پارانوئیدی (۶ سؤال)، روان گسستگی (۱۰ سؤال) و سؤالی اضافی (۷ سؤال در زمینه اختلال‌های خوردن، اختلال خواب، افکار در مورد مرگ و احساس گناه). پس از تکمیل آزمون توسط آزمودنیها، نمره‌های آنها در هر یک از زیر مقیاسها محاسبه و سپس بر اساس این نمره‌ها نیمرخ روانی آزمودنیها ترسیم و توسط روانشناس تفسیر می‌شود.

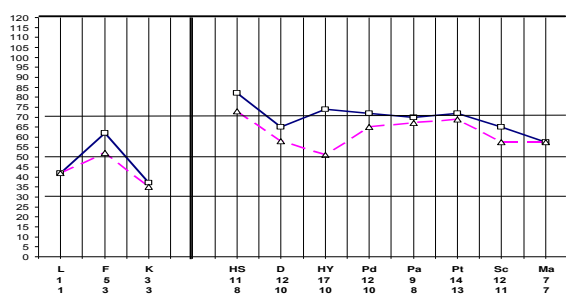
لویت و تروما (۱۹۷۲) اعتبار پرسشنامه SCL-90-R را مورد ارزیابی قرار داد و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (α) همسانی درونی این آزمون را بررسی کرده‌اند. آنها دامنه ضرایب آلفا را برای زیر مقیاسهای ده‌گانه پرسشنامه SCL-90-R بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ گزارش کردند که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب پرسشنامه است. میرزایی (۱۳۵۹) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل

درمان اختلال روان‌تنی (ریخت عضلانی استخوانی) آزمودنی الف و سایر اختلال‌های روانی توأم با آن از جمله اضطراب و افسردگی مؤثر بوده است.

#### آزمودنی ب، ۴۰ ساله مؤنث

آزمودنی ب به علت درد شدید در ناحیه کمر و زانو، که بیش از ۹ ماه، از شروع آن می‌گذشت و پزشکان هیچگونه مبنای جسمانی برای آن تشخیص نداده بودند، به کلینیک ارجاع شده بود.

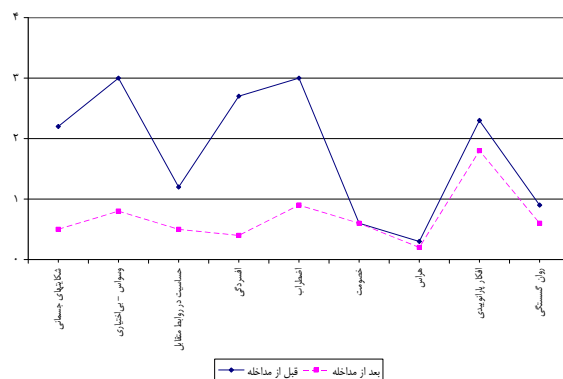
نمودار ۳ نیمرخ روانی آزمودنی ب را در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد. همانگونه که در نمودار مشاهده می‌شود، آزمودنی قبل از مداخله تمایل داشته تا خود را بدتر از آنچه هست جلوه‌گر سازد (نمره کم در مقیاسهای K و L و نمره بالا در مقیاس F). از سوی دیگر، بالابودن نمره در مقیاس Hs یا هیپوکندریا نشان‌دهنده برداشت بد و نارضایتی آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است، ضمن آنکه تمایل وی را به جلب توجه دیگران بر اساس شکایت از دردهای جسمانی نشان می‌دهد. همچنین بالاتبودن نمره‌ها در مقیاسهای Hs و Hy نسبت به مقیاس D نیز مبین این نکته است که آزمودنی درگیریها و کشمکشهای درونی خود را بدنی می‌سازد و گرایشهای هیستریک از خود نشان می‌دهد. بالابودن نمره‌های آزمودنی در مقیاسهای Pd و Pt، به ترتیب مبین سوءظن و بدبینی نسبت به دیگران و اضطراب، تشویش، ترسها و دلهره‌های او هستند و احتمال وجود وسواس - بی‌اختیاری را نیز مطرح می‌کنند.



قبل از مداخله - □ - بعد از مداخله - △ -

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

نمره‌های آزمودنی الف در مقیاس Hs یا هیپوکندریا، مقیاس D یا افسردگی و مقیاس Hy یا هیستری، بالاتر از سطح بهنجار هستند و نگرانی وی را در مورد مشکلات جسمانی نشان می‌دهند. اما نتایج آزمودنی پس از مداخله در سطح بهنجار قرار گرفته‌اند. پایین بودن نمره‌های آزمودنی در مقیاسهای Hs یا هیپوکندریا و Hy یا هیستری نشان‌دهنده رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است و کاهش نمره در مقیاس D یا افسردگی نیز میزان تأثیر مداخله را نشان می‌دهد.



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

نمودار ۲ نیمرخ روانی آزمودنی الف را براساس نمره‌های تبدیل شده در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله برجسته می‌کند. همانگونه که مشاهده می‌شود نمره‌های آزمودنی قبل از مداخله در شاخصهای شکایتهای جسمانی، وسواس - بی‌اختیاری، افسردگی و اضطراب بالاتر از سطح بهنجار است، در حالی که با کاهش قابل ملاحظه این نمره‌ها بعد از مداخله مواجه می‌شویم.

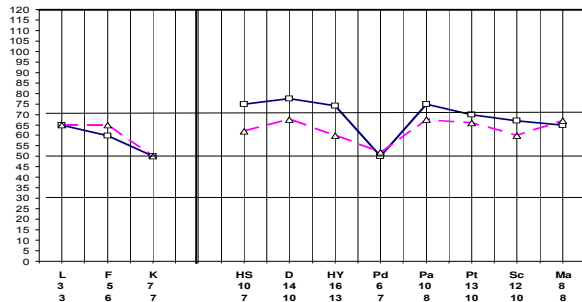
با مقایسه نمودارهای ۱ و ۲ در می‌یابیم که بین نتایج آزمون MMPI و SCL-90-R قبل از مداخله همخوانی زیادی وجود دارد به طوری که نتایج هر دو آزمون قبل از مداخله نشان‌دهنده وجود مشکلات جسمانی و نارضایتی از وضعیت جسمانی، افسردگی و اضطراب در آزمودنی هستند.

با توجه به نیمرخ روانی آزمودنی در آزمونهای MMPI و SCL-90-R قبل و بعد از درمان می‌توان نتیجه گرفت که روش خانواده درمانگری شناختی - رفتاری در

توأم با آن نقش مؤثری داشته است.

### آزمودنی ج، ۳۸ ساله، مذکر

علت مراجعه آزمودنی ج به کلینیک شکایت از درد شدید در ناحیه کمر و گردن، بیش از ۶ ماه بود که پزشکان مبنای جسمانی برای این دردها پیدا نکرده بودند.



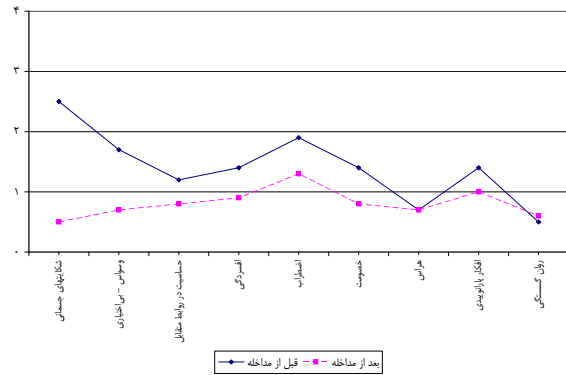
قبل از مداخله - □ - بعد از مداخله - △ -

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



نمودار ۶: نیمرخ روانی آزمودنی ج در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)

نمودار ۵ نیمرخ روانی آزمودنی ج را در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود قبل از مداخله آزمودنی سعی داشته وضعیت خود را بدتر از آنچه هست جلوه‌گر سازد (نمره F آزمودنی بالاتر از نمره K است). بالا بودن نمره‌های آزمودنی در مقیاس‌های HS یا هیپوکندریا و Hy یا هیستری نشان‌دهنده نارضایتی او از وضعیت جسمانی خویش است و تمایل وی به جلب توجه دیگران را با



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

با توجه به نیمرخ روانی آزمودنی ب بعد از مداخله می‌توان کاهش قابل ملاحظه نمره‌های وی در مقیاس‌های HS یا هیپوکندریا و مقیاس Hy یا هیستری را مشاهده کرد. همچنین نمره‌های آزمودنی ب در مقیاس‌های Pd و Pt نیز از بهبود وضعیت روانی و تقلیل سوءظن و اضطراب او حکایت دارند.

نمودار ۴ نیمرخ روانی آزمودنی ب را در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد و این نکته را آشکار می‌کند که قبل از مداخله نمره‌های آزمودنی در شاخص‌های شکایت‌های جسمانی، وسواس - بی‌اختیاری، افسردگی و اضطراب بالا هستند و عدم رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش و وجود دردها و آلام جسمانی و نیز وسواس، افسردگی و اضطراب شدید را نشان می‌دهند. در حالی که بعد از مداخله نمره‌های شاخص‌های شکایت‌های جسمانی، وسواس - بی‌اختیاری، افسردگی و اضطراب به طور محسوسی کاهش یافته‌اند.

مقایسه نمودارهای ۳ و ۴ نشان‌دهنده همخوانی نتایج آزمون‌های SCL-90-R و MMPI قبل از مداخله است و نتایج هر دو آزمون وضعیت بد جسمانی، اضطراب، وسواس و افسردگی آزمودنی ب را برجسته می‌کنند.

با مقایسه نیمرخ روانی آزمودنی ب در آزمون‌های SCL-90-R و MMPI قبل و بعد از مداخله می‌توان نتیجه گرفت که مداخله‌های خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلال روان‌تنی (ریخت عضلانی استخوانی) آزمودنی و سایر اختلال‌های روانی

نقش مؤثری بر کاهش دردهای عضلانی - استخوانی به منزله یک اختلال بدنی شکل نامتمایز داشته باشند. این یافته با نتایج پژوهشهای جی و دیگران (۱۹۸۷) نقل از واکر و روبرتس، (۲۰۰۱)، جانسون و داهل (۱۹۹۸) و کندال و دیگران (۱۹۹۷) همسویی دارد. جی و دیگران (۱۹۸۷) نقل از واکر و روبرتس، (۲۰۰۱). به مقایسه روشهای خانواده درمانگری شناختی - رفتاری، دارو درمانگری و مهار توجه در درمان دردهای استخوانی پرداختند و نتیجه گرفتند که خانواده درمانگری مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری مؤثرترین شیوه درمانگری برای مهار این دردها بود. جانسون و داهل (۱۹۹۸) تأثیر برنامه‌های مداخله‌ای شناختی - رفتاری را بر گروهی از افراد مبتلا به دردهای عضلانی استخوانی بررسی کردند. نتایج نشان دادند که مداخله‌گریهای شناختی - رفتاری به صورت منظم می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی دردهای عضلانی استخوانی را درمان کنند. کندال و دیگران (۱۹۹۷) نیز گروهی از افراد مبتلا به اضطراب و دردهای عضلانی - استخوانی را با استفاده از فنون شناختی - رفتاری درمان کردند.

احتمالاً یکی از دلایل موفقیت خانواده درمانگری مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در درمان اختلالهای روان‌تنی و سایر اختلالهای روانی توأم با آن در آزمودنیهای پژوهش حاضر مربوط به نوع مشکلات آنها بوده است که عمدتاً مشکلات بین فردی بوده‌اند (برای مثال مشکل با همسر، پدر و مادر، خواهر و برادر و غیره). در واقع با رجوع به اظهارات آزمودنیها در جلسه‌های روان درمانگری شاید بتوان گفت که ریشه مشکلات جسمی و روانی آنها با تعارضها و اختلافهای حل نشده‌ای مرتبط بوده است که با افراد خانواده خود داشته‌اند. لذا خانواده درمانگری با حل این تعارضهای بین فردی از طریق آموزش فنونی مانند مهارتهای حل مسأله، مهارتهای برقراری ارتباط مؤثر، جرأت‌ورزی، مهارتهای مقابله‌ای کارآمد، مثبت‌نگری و بازسازی شناختی به افراد خانواده، به بیماران کمک کرده است تا نه تنها با مشکلات موجود به شیوه‌ای کارآمد و مناسب مقابله کنند، بلکه از مواجهه با هر نوع مشکل احتمالی دیگر نیز پیشگیری کنند؛

توسل به دردهای جسمانی نشان می‌دهند. افزون بر این، نمره‌های آزمودنی در مقیاسهای D یا افسردگی، مقیاس Pa یا پارانویا و مقیاس Pt نیز بالاتر از خط پایه‌اند و انزوایابی، سوءظن، وسواس و اضطراب وی را برجسته می‌کنند.

کاهش نمره‌های آزمودنی ج بعد از مداخله، در مقیاسهای مختلف آزمون MMPI بهبود وضعیت وی را برجسته می‌سازند.

نمودار ۶ نیمرخ روانی آزمودنی ج را در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد. چنانکه در این نمودار مشاهده می‌شود، قبل از مداخله نمره‌های آزمودنی در شاخصهای شکایت‌های جسمانی، وسواس - بی‌اختیاری، افسردگی و اضطراب بسیار بالا هستند و نارضایتی وی را از وضعیت جسمانی خویش و وجود وسواس، افسردگی و اضطراب شدید او را منعکس می‌کنند. کاهش نمره‌های آزمودنی ج در شاخصهای شکایت‌های جسمانی، وسواس، افسردگی و اضطراب در آزمون SCL-90-R نشان‌دهنده وضعیت جسمانی و روانی مطلوب اوست.

مقایسه نمودارهای ۵ و ۶ مبین آن است که بین نتایج آزمونهای MMPI و SCL-90-R قبل از مداخله همخوانی زیادی وجود دارد و نتایج هر دو آزمون، فقدان رضایت جسمانی، وسواس، اضطراب و افسردگی در آزمودنی ج را برجسته می‌کنند.

با مقایسه نیمرخ روانی آزمودنی ج در آزمون نهایی MMPI و SCL-90-R قبل و بعد از درمان می‌توان نتیجه گرفت که مداخله‌های خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری در کاهش مشکلات عضلانی استخوانی وی و سایر اختلالهای روانی توأم با آن نقش مؤثری داشته‌اند.

### بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که مداخله‌های خانواده درمانگری مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری توانستند با تأثیر بر مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی، سوءظن و بدبینی نسبت به دیگران، وسواس و مشکلات ارتباطی



- Asmundson, G. J. G., Norton, P. G., & Veloso, F. (1999).** Anxiety sensitivity and fear of pain in patients with recurring headaches. *Behavior Research and Therapy*, 37, 703-713.
- Corsini, R. J. (1999).** The dictionary of psychology. Philadelphia : Brunner / Mazel.
- Johnson, H., & Dahl, J., A. (1998).** Effect of a cognitive – behavioral pain management program. *Behavior Research and therapy*. 36 (1), 915-930.
- Kazdin, A. E., & Weise, J. K. (1998).** Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- Kendal, P. C., Panichelli-Mindel, S. M., Sugarman, A., & Callahan, S. A. (1997).** Exposure to child anxiety : theory, research, and practice. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 4, 29-39.
- Liebman, D., Minuuchin, 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 liaison psychiatry*. New York : Plenum Press.
- Walker, C. E., & Roberts, M. C., (2001).** *Handbook of clinical child psychology (third Edition)*. New York : John Wiley & Sons, INC.
- Wolman, B. B. (1988).** *Psychosomatic disorders*. New York : Plenum Publishing Co.
- Woodham, A. (2000).** *Encyclopedia of natural Healing*. New York : Plenum Press.

بخصوص اینکه در مداخله‌های خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری تأکید زیادی بر اصلاح شیوه‌های ارتباطی منفی، الگوهای باور و تفکر غیرمنطقی و انتظارات غیر واقع‌نگر می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب شمار معدودی آزمودنی به عنوان گروه نمونه پژوهش به دلیل عدم دسترسی به تعداد زیادی از افراد دارای شرایط همسان و مبتلا به اختلال بدنی شکل (ریخت عضلانی استخوانی) بوده است. محدودیت دیگر این پژوهش عدم مقایسه این شیوه درمانگری با سایر شیوه‌های درمانگری از جمله شناخت - رفتار درمانگری انفرادی و عدم استفاده از گروه کنترل به دلیل مسایل اخلاقی و انسانی است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از حجم نمونه بزرگتری استفاده شود، تا مقایسه روش‌های مختلف روان‌درمانگری امکان‌پذیر شود.

## منابع

- آزاد، حسین، (۱۳۸۱). *آسیب‌شناسی روانی*. تهران : انتشارات بعثت.
- اخوت، و. و دانشمند، ل. (۱۳۶۲). *ارزشیابی شخصیت*. تهران : انتشارات رز.
- دادستان، پ (۱۳۸۴). *روانشناسی مرضی تحولی (جلد اول)*، تهران : انتشارات سمت.
- مارنات، گ. گ. (۱۳۷۵). *راهنمای سنجش روانی*. ترجمه ح. پاشا شریفی و م. نیکخو. تهران : انتشارات رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی ۱۹۹۰).
- میرزایی، ر. (۱۳۵۹). *ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تهران.
- همای، ر. (۱۳۷۹). *بررسی رابطه فشارزاهای روانی دختران مرکز پیش دانشگاهی اهواز با سلامت روانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- American Psychiatric Association (2000).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Fourth edition, text revision, Washington, DC.