رفتار درمانی *

مجله علمی نظام پزشکی
سال۲، شماره۳، صفحه۲۱۸، ۱۳۵۰

دکتر منوچهرمدرس نراقی ـ دکتر احمد جلیلی *

درمان بسیاری ازبیماریهای روانی فقط بهشیمی‌درمانی واستعمال الکتروشوك محدود نمیشود . پسیکوتراپی، و در سالهای اخیر، رفتار درمانی نقش مهمی را در درمـان بیماران نوروتیك و گاه پسیکوتیك ایفا میکند . نظرات فروید در مورد نا خودآگاه و روانکاوی، سالها روان درمانی را بصورت یکی‌ازپایه‌های اساسی درمان نوروزها درآورد. و هنوز هم بسیاری از مراکز درمانی‌و روانپزشکان بهاین روش وفادارند .

در ده سال اخیر، رفتار درمانی، یاروش درمان علائم بیماریهای روانی،راه‌کمال پیموده ومقامی‌مهم‌یافته،و گروهی براین‌عقیده‌اند که این روش جای پسیکوتراپی را گرفته است.

رفتار درمانی،درمانی علامتی‌بحساب میآید، نه‌علتی(اتیولوژیك)، و بردواصل مهم متکی‌است :

۱ـ اساس‌کار برنظریه یادگیری Learning theory ، بناشده است ، یعنی با روشهائی‌که بـه آنها اشاره خواهد شد ، بیمـار روانی یاد میگیردکه چگونه با مسائل‌زندگی روبرو شودوعلائم بیماری خود را فرامـوش‌کند .

۲ـ برخلاف روانکاوی ، رفتار درمانی مستقیماً بر علائم بیماری اثرمیکند، نه خودآن.

برای آشنائی بیشتر با ایـن روش باید نظری به تاریخچهٔ آن بیفکنیم:

پاولف دانشمند بزرگ روسی بانظریهٔ انعکاس‌شرطی (Classical Conditioning) وآزمایشهای‌معروف‌فیزیولوژیکی‌خود، نخستین سنگ بنای‌رفتاردرمانی‌را گذاشت‌که بعداً باتجربیات Skinner دربارهٔ تنبیه و پاداش یـا Operant Conditioning ، پیشرفت این رویه ادامه یافت.

باید گفت‌که درمان مستقیم علائم نوروتیك با استفاده از هیپنوز، که از قـرن نوزدهم معمول بوده‌است، خود یك روش یادگیری بهحساب میآیدکه توسطMeige و Findel درسال۱۹۰۷، برای درمان تیك وبوسیله Janet در۱۹۲۵،در درمان هیستری وترس (Phobia) بکار رفته است.

گروهی‌از روانشناسان معتقد بودندکه یادگیری مجدد دردرمان بعضی از حالات نوروتیك موثر است. مثلاً Herzberger درسال ۱۹۴۵، بیماران خود را که تـرس از مسافـرت داشتند تشویق میکردکه هرروز به مسافرتی‌کوتاه بروند و روز بهروز برطول آن اضافه کنند تابهاین وسیله ترس آنها از مسافرت تمام‌شود. موفقیت درکاربرد روش‌های یادگیری‌باعث رونق عقیده‌طرفداران رفتار درمانی شد ولی اشکالی مهمی‌که پیش‌آمد این بوده وهست که آیا کارهـای تجربی وآزمـایشگاهی را تاچه حد میتوان در اجتماع و زندگی مردم هم‌مورد استفاده قـرار داد و از نتایج آن سود برد .

دربارهٔ ارتباط بین‌روانکاوی ورفتار درمانی، Eysenck معتقدبود که هردو روش از این جهت‌که به‌درمان بیماریهای روانی‌منجر میشودنزدیکی‌زیادی‌بهم‌دارندواین‌عقیده بوسیله GelderوMaiks تأئید شد، ولی باید گفت‌که هیچکدام‌ازنظریه‌های فوق‌نمی‌تواند تمام ناراحتی‌های نوروتیك را کاملاً توجیه کند، چنانکه نظریه یادگیری، مکانیسم و چگـونگی افسردگـی و احساس گناه را نمی‌تواندکاملاً شرح دهد ومکتب روانکاوی‌نیزغالباً ازتوجیه‌ترس (Phobia) عاجزاست.

* بیمارستان روزبهـ دانشکده پزشکی‌دانشگاه‌تهران

روش‌های رفتار درمانی

۱ـ از بین بردن حساسیت بیمار Desensitization

اولین بار در سال ۱۹۲۴، این روش بوسیله May Jones در درمان ترس بکار رفت و او توانست کودکی سه ساله راکه از خرگوش و حیوانات پشمالو میترسید معالجه کند. برای اینکار درحالیکه کودك دراطاقی مشغول غذاخوردن بود، باتأنی خرگوشی را به‌آن اطاق وارد میکرد ، در نتیجه درحالیکه از غذاخوردن بعنوان یك کار خوش‌آیند و مسرت بخش وکاهش دهنده اضطراب استفاده میشد که با ترس از حیوان و اضطراب ناشی از آن تضاد دارد (Antagonist) ، کودك با استفاده از مکانیسم بازداری متقابل (Reciproca linhibition) درمان شد. چند سال از این روش استفاده نمیشد، تا اینکه در سال ۱۹۵۰ در بیمارستان Maudsley مجدداً آنرا برای درمان ترس بکار بردند. درواقع دراین‌روش درحالیکه بیماردر آرامش کامل (Relaxation) بسرمیبرد، محیطی را که برای اومشابه شرایط ترسناك است به وجود میآورند یااورا درهمان محیط قرارمیدهند تابیمار به‌کمك آرامش خود درآن حالت، یاد بگیردکه برترس خود غلبه کند. مثلاً اگر بیماری از سوار شدن بمترو میترسد، روش درمان‌این است که درمان‌کننده با او به ایستگاه مترو میرود و باهم سوار میشوند، و درمان‌کننده به‌بیمار اطمینان میدهدکه خطری‌متوجه او نیست و باو یاد میدهدکه برترس خود غلبه‌کند و در روزهای بعد او را تشویق میکندکه خود به تنهائی اینکار را انجام دهد و روزبروز برمسافتی‌که با مترو طی میکند بیفزاید تا اینکه پس ازچندی مسافرت بامترو بصورت‌کارهای عادی در میآید. بعدها این روش باتزریق یك‌مادهٔ آرام‌بخش،قبل ازهرمسافرت تکمیل شد. دراین‌روش‌ازوجود درمان‌کننده بعنوان یك عامل‌آرام‌بخش استفاده شده‌است.وبهمین علت، طرفداران فروید معتقدبودندکه بیمار بعلت ایجاد رابطه‌ای مثبت و سازنده و مبتنی بر موافقت او برای پذیرفتن درمان طبیب ، (Positive transference) بهبود می‌یابد .

ولپی (Wolpe)درسال۱۹۵۷،روشSystemic Desensitization را شرح داد و عقیده داشت که اگر بیماری عضلات خود را شل کند ودر آرامش کامل قرار گیرد ، طبق نظریه جاکوبسون بعلت‌کاهش فعالیت سمپاتیك کمتردچاراضطراب میشود. برمبنای این نظریه ، ولپی به بیمار خود یاد میداد که روزانه پنج ساعت در آرامش کامل قرار گیرد و موضوعهائی را که باعث ترس او میشود مجسم کند. ولپی‌موفق‌شد بسیاری‌ازبیماران‌را بااین‌طریقه درمان‌کند. نامبرده اظهارداشته است‌که علائم نوروتیك،رفتاری است که بوسیله بشریادگرفته‌میشوند و این را براساس‌تجربه‌ای که به همراه Masserman انجام داده بود بیان کرد. تجربه چنین بودکه گربه‌ای را در قفسی گذاشتند وهربار در موقعی‌که حیوان به ظرف غذایش نزدیك میشد ومیخواست از آن بخورد، باوسیله‌ای‌که تهیه شده‌بود یك‌شوك‌الکتریکی‌به‌او واردمیکردند، پس از مدتی گربه دچار نوروز شده علائمی دال براین بیماری در او ظاهرمیشد.

ولپی معتقد بودکه اگر بیماری بکمك هیپنوتیزم در یك مرحله آرامش‌کامل‌قرارگیرد، نتیجه بهتری‌ازدرمان بدست خواهدآمد. برای اینکار ابتدا شرح حال‌کاملی از بیمار تهیه میکرد ودرباره هیپنوتیزم به بیمار توضیح کافی میداد و ازاومیخواست تاصورتی از عواملی که در او ایجاد ترس میکنند به ترتیب اهمیت تنظیم کند ، سپس در حالیکه بیمار را به کمك هیپنوتیزم خواب کرده بود، شروع به یادآوری از عاملی میکرد که از همه ترس کمتری ایجاد میکرد . مثلاً نزد بیماری که از سوار شدن بمترو میترسید، درجلسهٔ اول‌ازرفتن به‌ایستگاه صحبت میکردو قدم به‌قدم موضوع را برای او شرح میداد و از او میخواست‌که صحنه راکاملاً مجسم‌کند، در جلسه‌های بعدی صحنه‌هائی از سوار شدن به مترو ومسافرتهای طولانی را برای اومجسم میکرد وبه این طریق بیمارکه در حالت آرامش از هرگونه اضطرابی به دور بود، یاد میگرفت‌که بدون ترس به مترو سوار شود، و با همین روش ترس اورا از مسائل دیگرنیز ازبین‌میبرد. این‌روش درمان چندعیب دارد:

الف ـ ممکن است بیمار برای هیپنوزمناسب نباشد .

ب ـ تمام بیماران بااین‌روش به‌مرحلهٔ آرامش‌کامل وشلی‌عضلات (Relaxation) نمیرسند.

پ ـ مهمترین‌موضوع اینکه به‌تجربه‌ثابت‌شده‌است که‌تمامی‌بیماران نمی‌توانند به‌کمك شل‌کردن عضلات، حالت ترس و اضطراب را از دست بدهند، اما آماری‌که ولپی ارائه‌کرده است نشان‌میدهد که روش درمانی فوق ثمربخش و مفید است، زیرا این دانشمند در اولین گزارش‌خود ۴۰ بیمار راشرح داده است‌که فقط به‌علت ترس‌مراجعه‌کرده‌بودند وبااین‌روش ۹۰٪ آنها کاملاً درمان‌شدند. درگزارش بعدی متذکرشدکه از ۲۴۹ بیماری‌که با این روش درمان‌شدند، فقط نزدچهارنفرازآنها بیماری عودکرد،حال‌آنکه اودقیقاً بیمارانش را دنبال میکرد و هرکدام ازآنها را بین۲تا ۱۵ سال تحت نظر داشت. در تائید نظرولپی لازم است‌گزارش Lazarus را یادکنیم‌که از ۱۲۶ بیماری‌که علاوه برترس علائم نوروتیك دیگری نیز داشتند و هرکدام از آنها ۱۴ جلسه تحت

درمان قرار گرفته‌بودند، ۶۲٪ نتیجه مثبت بدست‌آمده است، اما بااینهمه طریقه‌ازبین‌بردن حساسیت(Desentization) روشی دلخواه نمی‌تواند باشد.

برای اخذ نتیجه بهترمیتوان ازترکیبات کوتاه اثر باربیتوریك مثل Metohexitone Sodium استفاده کردکه نمونهٔ جالب‌آن Brevital Brietal است که با مقداری کمتراز میزانی که برای بیهوشی‌لازم‌است‌بکارمیرود وپس‌از۵ دقیقه اثرتزریق ازبین‌خواهد رفت. دراین‌روش نیز ابتدا بایدشرح حال‌کاملی‌ازبیمار گرفت و عواملی که‌باعث‌ترس‌میشوند به‌ترتیب‌اهمیت‌یادداشت کرد، سپس‌با اضافه‌کردن ۲۰cc آب، به ۵۰mg ازدارو محلولی‌باغلظت ۲٫۵٪ تهیه آنرا به‌آهستگی داخل ورید تزریق کرد تا آنکه بیمار به مرحلهٔ شلی عضلات برسد و احساس آرامش‌کامل‌کند. سپس باید تزریق‌داروراً قطره‌قطره به‌نحوی‌ادامه دادکه‌بیمار درهمان‌حالت مطلوب بماند، دراین‌حالت باید مثل‌روش‌قبلی‌ازمطالبی‌که کمتر ایجاد ترس و وحشت می‌کنند شروع کرد، و از بیمار خواست تا آنها را مجسم کند ، و درصورتیکه حالت اضطراب ایجاد نشود به‌مطلب دوم پرداخت ودرمان‌را درجلسات بعد تارسیدن به‌نتیجهٔ مورد نظرادامه داد. این‌روش‌عارضه‌ای ندارد وحتی میتوان‌بیمار را در درمانگـاه درمان کرد و پس از یک ی دو ساعت او را به‌منزل‌خود فرستاد. برای درمان ترس ساده بین۶ـ۱۸ جلسه و بطورمتوسط معمولاً ۱۲جلسه، کاربرد این‌روش‌لازم است.

بطورکلی درمان باروش Desensitization در بیماریهای زیر بکار میرود :

ـ ترس ساده (Simple Phobia) که عده‌ای عقیده دارندکه در ۸۰٪ـ۹۰٪ نتیجهٔ مثبت میدهد.

ـ Agorophobia (ترس ازمحیط‌هـای باز مثل میدانهـا) و Claustrophobia(ترس‌ازمکانهای‌سرپوشیده) که نتیجهٔ متوسطی میدهد.

ـ در حالات وسواسی وهیستری‌که‌کمتر موثراست.

ـ در بیماریهای پسیکوسوماتیك که گاهی نتایج خوب میدهد. درانگلستان روی درمان‌آسم واسهال‌های نوروتیك، در این‌زمینه تحقیقاتی‌شده و نتایج خوبی به دست‌آمده است.

۲ـ درمان باایجاد نفرت (Aversion therapy)

این روش عبارت است از همراه کردن یك عامل ناخوش‌آیند با یکی از علائم بیماری بطور مکررکه منجر بـه ازبین رفتن‌آن علائم میشود.

این روش بخصوص در درمان اعتیاد به الکل‌ازسال ۱۹۵۰شروع شد وتاکنون‌ازآن‌نتایج خوبی گرفته‌اند. خلاصه اینکارعبارت‌است ازایجاد حالت تهوع و استفراغ دربیمار بوسیله تزریق امتین یا آپومورفین،همزمان با دادن الکل مورد علاقه به‌بیمار .

برای این منظور برای بیمار بارجالبی درست میکنند و هـردو ساعت ۴ اونس الکل مورد علاقه بیمار را به‌او میدهند و سپس ۱۰ میلی‌گرم آپومورفین داخل عضله تـزریق میکنند و اینکار مدت سه روز ادامه می‌یابد ، توأم بااین درمان ، بیمـار حتماً باید مقدارکافی ازانواع‌ویتامین‌های موردنیاز بدن دریافت‌کند. پس از مدتی بیمار ازمشروب دلزده شده اعتیاد را ترك میکند.

درمان با آپومورفین وامتین چند عیب دارد:

الف ـ بهبود فقط چند ماه طول میکشد وتکرار درمان نیز نتیجه خوبی نمیدهد.

ب ـ شخصیت بیمار در این درمان دخالت میکند و مثلاً تمایل او به ترك اعتیاد یا عدم تمایلش به‌آن اهمیت زیاد دارد.

پ ـ برای بیمار روش خوش‌آیندی نیست.

ت ـ حتماً باید درمان در بیمارستان و زیر نظر یك گروه ورزیده انجام‌گیرد چراکه عوارض زیادی ممکن است پیش‌آید.

ث ـ باتجویز دی‌سولفیرام(آنتابیوس)(Disulfiram) هم همین نتیجه‌بدست میآیدبهمین‌علل امروزه روش درمان باآپومورفین و امتین کمتر بکارمیرود.

Raymond درسال ۱۹۶۵، از Aversion therapy در درمان فی‌تی‌شیزم (Fetishism) نتایج خوبی گـرفت و در سال ۱۹۶۳ Blakemore ازتحریکات الکتریکی بعنوان یك عامل ناراحت کننده استفاده‌کرد وآنرا برای‌درمان Transvestism (پوشیدن لباس زنانه توسط مردها و یابرعکس) بکار برد، به‌این نحوکه به بیمار خود میگفت‌که لباس مورد علاقه‌اش را بپوشد و درهمان وقت جریان برق را به بدن او وصل‌میکرد، واینکار را چندبار در روز برای مدت دوهفته‌ادامه میداد یابجای تحریك‌التریکی، همزمان‌باپوشیدن لباس‌یك‌تزریق عضلاتی‌آپومورفین انجام‌میداد. میتوان این روش درمانی را همراه با تجسم وتصور یك موضوع (imagination)،همانطورکه‌در روشهای‌Desensitisation شرح داده شد مورد اجرا قرار دارد.

موارد استعمال Aversion therapy بطورکلی‌عبارتست از:

ـ درنوع ساده فی‌تی‌شیزم‌که اثرخوبی دارد.

ـ در Transvestism که شرح‌داده شد.

ـ در درمان هم‌جنس‌بازی (Homosexuality) و قمار نیز موثر است.

در هم‌جنس‌بازی تصاویرلخت وشهوانی وفیلم‌هائی راکه از یك‌هم جنس بیمار برداشته شده است به‌او نشان میدهند وهمزمان باآن یك تحریك ناخوش‌آیند به‌بیمار وارد میکنند. این‌روش‌دردرمان

اشخاص وسواسی نیز خوب اثر میکند ولی در پرخاشگری و پسیکوپاتی بی‌اثر است.

۳ـ شرطی‌شدن مثبت (Positive Conditioning)

این روش که Operant Conditioning نیز نامیده میشود بر پایه پاداش و تنبیه قرار دارد و در درمان رفتارهائیکه بخوبی شکل نگرفته، یاشکل گرفته و از بین رفته‌اند بکار میرود، مثال خوب این دومورد، شب ادراری و بی‌اشتهائی روحی (Anorexia-Nevrosa) است.

در درمان شب ادراری روش کارچنین است که به پارچه مخصوصی که روی بستر کودك قراردارد یا به‌پارچه شلوار او، زنگی وصل میکنند و اتصالات سیم‌زنگ به‌پارچه به‌نحوی است که درحالت عادی جریان برق برقرار نیست و دوقطب بوسیله لایه‌ای ازهم‌جدا هستند ولی هر گاه طفل ادرار کند، بعلت خیس‌شدن لایه مزبور، جریان برق وصل شده زنگ بصدا در میآید و طفل را بیدارواو را مجبورمی کند که به‌توالت برود.

این روش در صورتی نتیجهٔ خوب میدهد که طفل کنترل ادرار را نیاموخته باشد و شب‌ادراری به‌اختلالات عاطفی و ناراحتی‌های خانوادگی مربوط نباشد.

این روش در موارد زیر بکار میرود:

ـ در تیك‌های متعدد (Multiple tic) که در اینجا روش‌هائی که جنبهٔ تشویقی داشته باشد بکارمیرود.

ـ درلکنت زبان بچه‌ها.

ـ در علامت‌های هیستری.

ـ در اطفال عقب افتاده، که نتایج حاصله مثبت بوده است.

ـ در بیماران پسیکوتیك مزمن، برای برگردانیدن آنها به زندگی عادی.

۴ـ یادگیری منفی Negative Learning

در اینجا نیز تقریباً ازکیفیت بازداری متقابل (Reciprocal-inhibition) استفاده میشود مثلا درمورد درمان تیك به بیمار دستور میدهند در زمانی که اضطراب ندارد حرکات تیك را تقلید کند و ازاین روش به دفعات زیاد استفاده کند. در حقیقت درمان با تمرینهای مداوم وزیاد صورت میگیرد و نتایج خوبی داشته است.

REFERENCES:

1- Watson J. B. Rayner (1920). Conditioned Emotional Reactions. J. Exper. Psychol. 3:1.

2- Wolpe J. (1954) Reciprocal Inhibition as the Main Basis of Psychotherapeutic Effect. Arch. Neural psychiat. 12: 205.

3- M. G. Gelder, the Maudsley Hospital London, Hospital Medicine. January 1967-306.

4- Blakemore C. B. Thorpe, J, G., Borker, J, C., Conway C. G., Lavin, N. 1. (1963) Behav. therapy, 1, 29.