

مفهوم نابهنجاری رفتار و طرز درمان آن براساس یادگیری

برخورد دانشمندان مکاتب یادگیری با بیماریهای روانی، روشها و برداشتهای مختلفی از تشریح، تبیین و توصیف رفتارهای نابهنجار به وجود آورده است. با وجود این، اکثر روان‌شناسان پذیرایی که نابهنجاریهای کنشی را پاسخهای حرکتی خاصی نسبت به محرکهای عرضه شده میدانند، تقسیم‌بندی زیر را می‌پذیرند. این روان‌شناسان اعتقاد دارند که اختلالات رفتار انسان، به علت عدم یادگیری رفتارهای لازم، و یا به سبب یادگیری ناکافی، ناقص و نامتناسب رفتار با محرکهاست. این دو تقسیم‌بندی عبارتند از:

- ۱- پاسخهای شرطی هیجانی، همراه با ناسازگاری؛ که به دلیل شرایط نامطلوبی مانند دسراس، فوبی و اضطراب ایجاد می‌شوند.
- ۲- پاسخهای شرطی هیجانی؛ که به دلیل عدم رشد، تکامل و تناسب پاسخها ایجاد می‌شوند
- ۳- از لحاظ اجتماعی، مورد قبول نیستند. مانند همجنس‌بازی و خودنمایی جنسی. پاسخهای شرطی عضلانی ناکافی مانند شب‌ادراری را هم می‌توان از این قبیل دانست.

مقدمات رفتاردرمانی^۱

همان طور که اشاره کردیم، رفتارگرایان، از بیماریهای روانی و علائم آنها به عنوان لایه‌های یک سلسله یادگیریها، عادات ناقص، ناکافی و نامتناسب با محرکهای محیط یاد می‌کنند و معتقدند که اگر با آنها به طور اصولی و علمی برخورد شود، قابل تغییر و درمان هستند. برای رسیدن به این هدف، درمانگر در وهله اول باید مشکلات کنونی بیمار، یا در حقیقت رفتارهای قابل مشاهده را با بدردستی توصیف و مشخص کند و سپس رابطه آنها را با شرایط و محرکهای ایجادکننده آنها در محیط، روشن سازد. برای این منظور، روان‌شناس باید به جمع‌آوری اطلاعات دقیقی بپردازد و این ارتباط را روشن می‌کند.

یکی از روشهای بسیار مؤثر گردآوری اطلاعات، مصاحبه روانی با بیمار است. این مصاحبه ضمن داشتن تشابه اصولی با روشهای مصاحبه بالینی از دیدگاههای مکاتب دیگر درمانی تفاوت‌های روشنی نیز با آنها دارد. به عقیده روان‌شناسان، پرسشهایی که در این نوع مصاحبه مطرح می‌شود، برای روشن کردن دو جنبه از مسئله یا مشکل بیمار است. اول اینکه، زمان بروز و تداوم مشکل یا بیماری فرد چه مواقعی است؟ دوم اینکه، چه عامل یا عواملی موجب ایجاد آن می‌شود؟ البته، در این روش، به هیچ وجه سبب‌شناسی بیماری مورد نظر نیست؛ بلکه عوامل بروزدهنده سندرم‌های بیماری اهمیت دارند. در رفتاردرمانی، درمانگر تلاش می‌کند تا رفتارهای آشکار و قابل مشاهده بیمار را تغییر دهد؛ در این روش، فرایندهای پویا و عوامل ناخودآگاه و زیربنایی شخصیت بررسی نمی‌شود. در واقع، هدف، بازسازی و دگرگونی شخصیت فرد نیست بلکه تکیه بر شناخت جنبه‌های مرضی رفتار و تغییر آنها براساس روشهای عینی، شناخته شده علمی است.

روشهای رفتاردرمانی

۱- حساسیت‌زدایی منظم^۲ - این روش براین نظریه استوار است که عاداتها بتدریج شکل گرفته‌اند و بتدریج نیز قابل تغییرند. این تغییر را به صورت زیر می‌توان ایجاد کرد: محرک بازدارنده اضطراب را همجوار و همزمان با محرکی که اضطراب‌آور است، به طور ملایم به شخص ارائه می‌دهیم. در اثر تداوم این عمل، زمانی می‌رسد که رابطه بین محرک و واکنش

۱. اصطلاح رفتاردرمانی برای نخستین بار در سال ۱۹۵۴ به وسیله اسکینر و لندلی (Skinner, Lindley) مصطلح و توسط ایزنک (Eysenck) متداول شد. اساس این روش، بازداری متقابل (reciprocal inhibition) است که به وسیله شرینگتون (C.S. Sherrington) در سال ۱۹۰۶ میلادی ارائه شد.

اضطراب آور و با نابهنجاری، از میان می‌رود و شخص به حالت طبیعی برمی‌گردد. در اوایل دهه ۱۹۰۰ میلادی، جان واتسن^۱ نشان داد که می‌توان با شرطی کردن کودک او را از حیوانات ترساند. در سال ۱۹۲۲ روان‌شناس دیگری به نام خانم دکتر مری کاورجونز^۲، براساس قوانین و روشهای یادگیری، بیمار فوبی کودکی را که از خرگوش می‌ترسید، درمان کرد. او بتدریج و به صورت منظم و حساب شده‌ای، کودک را در شرایط مطلوبی مانند بازی کردن و غذا خوردن با حیوانی که از آن ترسیده بود، در ارتباط قرار می‌داد. پس از مدتی، ترس کودک از حیوان، برطرف شد. این مورد از اولین موارد رفتار نابهنجاری است که براساس روش حساسیت‌زدایی منظم و تدریجی بهبود یافته است. استفاده از این روش، سالها در بوته فراموشی باقی ماند. اما بالاخره در اوایل دهه ۱۹۵۰ میلادی، روزف ولپی^۳ آن را براساس مفهوم بازداری متقابل^۴ در یادگیری شرطی، بسط و گسترش داد.

ولپی در آزمایشهای خود با حیوانات و انسان، سه نوع رفتار یا پاسخ بازدارنده، اضطراب را نامید. این سه نوع، از دیگر واکنشهای کنترل اضطراب، اهمیت بیشتری دارند. این پاسخها عبارتند از: ۱- آرامش^۵، ۲- رفتار خودا عملی^۶، ۳- پاسخهای جنسی. بعد از تعیین نوع شکل بیماری، به وسیله تحکیم یکی از سه نوع پاسخ فوق، حساسیت‌زدایی انجام می‌شود. بی‌این منظور، درمانگر سه کار انجام می‌دهد: اول، به بیمار می‌آموزد که چگونه به آرامش عمیق عضلانی دست یابد؛ دوم، او و بیمار منبع اضطراب را شناسایی می‌کنند؛ سوم، براساس تدریجی، سلسله مراتب^۷ محرکها را از لحاظ اهمیت و اولویتی که در ایجاد اضطراب بیمار دارند، معلوم می‌کنند.

الف - دستیابی به آرامش عمیق عضلانی - بیمار باید متوجه شود که تنش عضلانی با اضطراب ارتباط دارد و اگر این تنش از بین برود، اضطراب هم به نحو قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. برای انجام این امر، بیمار باید بیاموزد که چگونه الکار خود را بر بخشهای مختلف بدن متمرکز کند و آنها را به سوی آرامش سوق دهد. او می‌تواند با تمرکز مستمر فکر روی عضلات بزرگ، و ایجاد تنش و آرامش در آنها، و شناخت این تفاوت، به آرامش عضلانی و در نتیجه کاهش اضطراب دست یابد. انجام این روش را با گفتن چنین جمله‌ای به بیمار، آغاز می‌کنیم: «این اضطراب و هيجانی که شما احساس می‌کنید، در عضلات شما حالت گرفتگی و تنش ایجاد کرده

1. John B. Watson

4. Reciprocal Inhibition

7. Hierarchy

2. Mary Cover Jones

5. Relaxation

3. Joseph Wolpe

6. Assertive behavior

است. من می‌خواهم به شما یاد بدهم که چگونه این گرفتگی، انقباض و تنش عضلانی را از بدن بپیرید. وقتی این روش را یاد گرفتید و مرتب به کار بستید، حس می‌کنید که تنش عضلانی و اضطراب کم شده است و به آرامش رسیده‌اید. به این منظور، اول در هر کدام از عضلات بدن تنش و بعد هم آرامش ایجاد کنید. اول انگشتان، دستها، بازوها و شانه‌ها و بعد هم بتدریج تمام عضلات بدن شما آرامش پیدا خواهند کرد.»

درمانگر باید قبل از شروع رفتاردرمانی از وضع جسمانی و طبیی بیمار اطلاعات کلی را کامل داشته باشد؛ زیرا ایجاد تنش عضلانی در بعضی از شرایط نابهنجار جسمی و روانی، ممکن است بی‌خطر نباشد. پس از دادن توضیح مقدماتی که در بالا ذکر شد، درمانگر از بیمار می‌خواهد که براحتی و با آرامی یا روی مبل بنشیند و یا دراز بکشد. سپس از او می‌خواهد که چندین بار نفس عمیق بکشد. نفس را نگه دارد و آهسته هوا را خارج سازد. دستها و بازوهایش را تا حدی که پرس و درد را احساس کند، به طرف جلو بیاورد. بعد از گذشت ۱۰ ثانیه، دستهایش را پشت بیاورد و ۱۰ ثانیه آن را به حال راحت و آرام، پهلوی خود قرار دهد. این تمرین باید چند بار تکرار شود و در عین حال، روان‌شناس با صدای آرام و مهربان، در مورد احساس تنش و آرامش به بیمار توضیحاتی بدهد و سعی کند بیمار را متوجه تفاوت این دو احساس کند.

پس از این عملیات مقدماتی، در قسمتهای مختلف بدن حالت آرامش ایجاد می‌شود. اضطراب کاهش می‌یابد. قسمتهای دیگر و اعمال دیگری که می‌توان انجام داد، عبارتند از: دستها، ماهیچه‌های بازو، ساعد، شانه‌ها، گردن، چانه، بازکردن و بستن دهان، فشردن و رها کردن لبها، بیرون آوردن و فروبردن زبان، چسباندن زبان به سقف و سپس به کف دهان، بازکردن چشمها، فشار دادن پلک‌ها تا حد امکان و بعد آرام رها کردن آنها به حال طبیعی، کشیدن نفس عمیق برای مدت ۱۰ ثانیه؛ بدین ترتیب که ۱۰ ثانیه نفس در درون حبس می‌شود و بعد به آرامی بیرون داده می‌شود. بعد از ۱۰ ثانیه نفس با پرس بیرون داده می‌شود و بعد، تنفس آرام سرگرفته می‌شود. ایجاد تنش در عضلات پشت پا، بی حرکت قرار دادن شانه‌ها، جلو آوردن عضلات پشت و سپس آرام‌نشستن. این حرکت باید بتدریج و به آرامی صورت گیرد تا در عضلاتی ایجاد نکند. همین روال را باید برای کمر، رانها، شکم، مع و انگشتان پا ادامه داد تا در تمام بدن انجام این فعالیتها، از بیمار می‌خواهیم که براساس یک مقیاس ده درجه‌ای، میزان آرامش خود را حدس بزنند. پس از پایان جلسه، درمانگر از بیمار می‌خواهد که در مورد نحوه و مرحله ایجاد آرامش در ذهن خود، طرحی بریزد و اعمالی را که منجر به آرامش عضلانی می‌شود، در منزل هر روز تکرار کند. انجام این مراحل نباید با عجله و بی‌حوصلگی انجام شود. درمانگر باید

مندی راههای ایجاد تنش، آرامش، زمان آن و نحوه ارتباط با بیمار باید با وضع جسمانی و روانی هر فرد تطبیق داده شود.
ب- تعیین فهرست محرکها - گفتیم که پس از دادن آرامش^۱ عضلانی، از محرکهایی که باید به ترتیب اهمیت و اولویت به بیمار ارائه داد، فهرستی تهیه کنیم.

تهیه این فهرست، از این لحاظ حائز اهمیت است که براساس آن میزان شدت واکنش عاطفی بیمار نسبت به محرکهای ناراحت کننده زندگی را متوجه می شویم و می فهمیم که به چه ترتیب بهتر و مکنی باید به بیمار عرضه شود تا نه تنها تأثیر مخرب و زیان آوری نداشته باشد، بلکه به مرور بگذرد ترس، اضطراب و رفتار نابهنجار بیمار نیز کمک کند. محرکی را که بیش از سایر محرکها در بیمار واکنش نابهنجار، مانند اضطراب و ترس ایجاد می کند، در بالای فهرست قرار می دهیم و محرکهای دیگر، با در نظر گرفتن میزان ایجاد اضطراب در زیر آن نوشته می شود. تعداد محرکهای این فهرست نسبت به نوع، شدت و عمق اضطراب فرق می کند. بعضی از روان شناسان پیشنهاد کرده اند که در تهیه فهرست، سلسله مراتب ۱۰ محرک به ترتیب اولویت در نظر گرفته شود. البته در مانگر در حین درمان مشاهده کرد که بیمار به محرکهای دیگری نیز احتیاج دارد، می بیند آنها را هم به فهرست قبلی اضافه کند. در چند سال اخیر، روان شناسان برای میزان شدت کردن این فهرستها، کوششهایی کرده اند که غالباً به نتایج یکساخت و توافق عمومی دست نیافته اند. زیرا نوع محرکها در مورد بیماران متفاوت است. حتی در بیمارانی که مبتلایان به یک نوع بیماری مشابه داشته اند نیز چون شرایط یادگیری متفاوت بوده است، لذا فهرست محرکها نیز متفاوتند. فهرست محرکها باید با همکاری درمانگر و بیمار تهیه شود؛ البته به نحوی که بیمار بتواند موقعیتها و صحنه های توصیف شده را بوضوح و به طرز کاملی مجسم سازد. بهتر است در موقع تهیه فهرست تحت تمرین آرامش باشد. بلکه باید علاوه بر تجسم ذهنی صحنه ها، شرایط و موقعیت های توصیف شده، با شرایط، موقعیت ها و صحنه های حقیقی نیز آمیخته گردد. البته به علت عدم امکان دسترسی به شرایط واقعی، استفاده از روش تجسم مکتبیه تر است. هنگامی که واکنش اضطراب مشخص و به نحو مستقیم با محرک ارتباط داشت، تهیه این فهرست کار مشکلی نیست؛ ولی وقتی محرک تعمیم می یابد، مانند زمانی که بیمار نسبت به نوع کسب و کار خودش هم حساسیت پیدا می کند، تهیه فهرست پیچیده و دشوار می شود. باید سعی شود که محرکها از نظر معنا کاملاً به هم نزدیک و یا از هم دور باشند. تهیه فهرست محرکها براساس استفاده از سه منبع اصلی صورت می گیرد:

۱- تاریخچه فردی بیمار

۲- پرسشنامه‌ای که پاسخ به پرسشهای آن، به طور کلی، شرایط اضطراب‌زای زندگی بیمار نشان می‌دهد و به طور خاص درجه شدت حساسیت بیمار را نسبت به محرکهای مختلف معلوم می‌کند

۳- بررسی دقیق شرایطی که باعث هراس بیمار شده است و تعیین محرکهایی که بیمار در مقابل آنها ترسی ندارد.

از محرکهای تهیه شده در فهرست سلسله مراتب، نمونه‌ای ارائه می‌دهیم. فهرست زیر توسط دکتر زوزف ولپی^۱ که از پیشگامان رفتاردرمانی است، در مورد دانشجویی به کار گرفته شده است. شدت از امتحان هراس داشته است:

۱- چهار روز پیش از امتحان

۲- سه روز پیش از امتحان

۳- دو روز پیش از امتحان

۴- یک روز پیش از امتحان

۵- شب قبل از امتحان

۶- روز امتحان، پشت در کلاس و در انتظار باز شدن در

۷- در مقابل ورقه پرسشهای امتحان

۸- هنگام گرفتن ورقه پاسخنامه

۹- در حال پاسخ دادن به پرسشها

۱۰- روز اول امتحان و در حال رفتن به دانشگاه (یا مدرسه)

قسمت ۱۰ بدین دلیل در آخر قرار گرفته است که برای این بیمار خاص، اضطراب‌آورترین

محرک است. این خود، دلیل انعطاف‌پذیری درمانگر و توجه خاص او به وضع بیمار است.

پس از تهیه فهرست سلسله محرکها، درمانگر از بیمار می‌خواهد که صحنه آرامش‌بخش

لذت‌آوری را بوضوح در ذهن خود مجسم کند؛ ممکن است در جریان درمان، از او خواسته شود

که این صحنه شفاف‌انگیز و آرامش‌بخش را مجدداً مجسم سازد. ممکن است درمانگر صحنه

مذکور را خود به بیمار بگوید. صحنه‌ای مانند اینکه: «تو در باغی سبز و خرم، در کنار جویبار

خوابیده‌ای و از موسیقی ملایم و بسیار دلنوازی لذت می‌بری.»

پس از گذراندن این مراحل، درمانگر و بیمار می‌توانند گذشتن از مراحل اصلی و اساسی

حساسیت‌زدایی منظم را آغاز کنند. البته، باید توجه داشت که قبل از شروع این نسبت،

باید برای ایجاد آرامش عضلانی تلاش کرده و موفق هم شده باشد. او باید بتواند از

عضلانی را در خارج از کلینیک و بدون یاری فرد دیگری، در خود به وجود آورد.

در این مرحله، درمانگر، بیمار را برای تجسم اولین محرک اضطراب آماده می‌کند. به بیمار می‌گوید: «ما چند لحظه دیگر باید سعی کنی صحنه‌ای را که من وصف می‌کنم، توضیح بدهی. اگر ضمن تجسم صحنه، کوچکترین احساس اضطرابی پیدا کردی، با علامت دادن (مثلاً زدن انگشت) به من اطلاع بده.» زمان تجسم یک صحنه، حداقل ۵ و حداکثر ۱۰ ثانیه است. هرگز عمل چنین است که درمانگر صحنه را توصیف می‌کند. وقتی بیمار علامت داد که صحنه را می‌تواند توضیح بدهد، و ضمناً از تجسم آن اضطرابی احساس می‌کند، توصیف صحنه را می‌تواند و سپس از او می‌خواهد که مقدار اضطراب خود را براساس یک مقیاس ده رتبه‌ای بیان کند؛ مثلاً بگوید: «اضطرابم در حدود ۲ است.» اگر درجه اضطراب بیمار بیشتر از یک بود و پس از سه‌ری شدن ۳۰ ثانیه هم به او اضطرابی دست نداد، درمانگر یک بار دیگر همین حرکت را تکرار می‌کند. اگر باز هم به بیمار در تجسم یکی از محرکهای فهرست اضطرابی دست نداد، جریان ادامه می‌یابد. در غیراین صورت، درمانگر فوراً بیمار را از ادامه تجسم صحنه معذب‌آور باز می‌دارد و او را به حالت آرام باز می‌گرداند. وقتی که براساس عدد ۱ مشخص شد که بیمار اضطراب ندارد و به آرامش رسیده است، صحنه لذتبخشی را که پیش از آغاز مراحل تمرینی برای بیمار توصیف شده بود، مجدداً برای او بازگو می‌کنیم و از او می‌خواهیم که آن صحنه را مجسم کند. با انجام این عمل، اضطراب باقیمانده در بیمار، از بین می‌رود. چنانچه پس از گذشت ۶۰ ثانیه از تجسم این صحنه، باز هم بیمار اضطراب داشت، درمانگر از او می‌خواهد تا یاد بگیرد که در کدامیک از عضلات بدنش احساس تنش و هیجان می‌کند. پس از آنکه این وجه مشخص شد، با به کار بردن روش ایجاد آرامش عضلانی، در بیمار آرامش به وجود می‌آورد؛ پس صحنه لذتبخش را دوباره توصیف می‌کند و از بیمار می‌خواهد که آن را مجسم سازد. اگر بیمار در بار دوم هم احساس اضطراب کرد، درمانگر به این نتیجه می‌رسد که بیمار هنوز آمادگی تجسم این صحنه را ندارد؛ لذا باید به فهرست سلسله مراتب محرکها برگردد و در آن، تجدید نظر کند؛ یعنی محرکهای مناسب‌تری را جایگزین محرکهای قبلی سازد.

فول مدت جلسات رفتاردرمانی متغیر است و برحسب نوع بیماری و خصوصیات بیمار می‌تواند متفاوت باشد. اما به نظر ولسی، به غیر از مدتی که به صورت جداگانه باید برای ایجاد آرامش عضلانی صرف کرد، زمان رفتاردرمانی به طور متوسط بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه است. تعداد دفعات جلسه‌های رفتاردرمانی نیز برحسب نوع بیماری و وضع بیمار متفاوت است؛ اما معمولاً بین ۱۶ تا ۲۳ جلسه کافی است. درمانگر به بیمار پیشنهاد می‌کند که علاوه بر مجسم کردن صحنه‌ها، سعی کند در زندگی واقعی شرایط و محرکهایی را تجربه کند که با جریان رفتاردرمانی نزدیک و هماهنگ باشد.

عمل برای اینکه نحوه عملکرد و کاربرد روشهای رفتاردرمانی روشن شود، جریان تفصیلی فرآیند، توسط یک دانشجو را که از طریق حساسیت‌زدایی تدریجی و منظم و توسط دو روان‌شناس

ایرانی به نام محمدنقی براهنی و سعید شاملو انجام شده است، می آوریم. این رفتار درمانی در زمینه روانشناسی^۱ تحت عنوان رفتار درمانی با روش «حساسیت زدایی منظم» به جاب رسیده است.

۲- روش آموزش خود-اعمالی^۲ - آموزش خوداعمالی در مورد افرادی به کار برده می شود که در ارتباطات اجتماعی خود، احساس عدم کفایت شدید شخصی می کنند. چنین افرادی قادر به دفاع از حقوق خود، بیان افکار و احساسات، ابراز شخصیت، صحبت کردن در جمع، رکن کردن منطقی خواسته های غیر منطقی دیگران و به طور کلی برقراری ارتباط مثبت نیستند. معمولاً افرادی از این روش سود می برند که مایلند در برقراری ارتباط جمعی، احساس اضطراب، محرومیت^۳ و بازداری^۴ را از بین ببرند. هدف اصلی روش خوداعمالی در اکثر موارد، کمک به بیمار در ابراز حالتها، تمایلات و افکاری است که قبلاً امکان بروز آنها را نداشت؛ البته در همه احوال، این موضوع صادق نیست، و درباره اشخاصی هم که نه تنها براحتی حالتها را بروز می دهند، بلکه حتی پرخاشگر نیز هستند، می تواند مؤثر واقع شود. یعنی برای افرادی که قادر به کنترل و تسلط بر خشم و عصبانیت خود نیستند؛ و دائماً در حال فحاشی، شکنجه انتقاد و دعوای با دیگرانند نیز، مفید است؛ زیرا به آنها می آموزد که چگونه ابراز وجود کنند جنبه مثبت و خلاق داشته باشند و متناسب با معیارهای اجتماعی رفتار کنند.

برای روشن شدن روش آموزش خوداعمالی می توان دو نمونه ذکر کرد: یکی، درباره خشم خانه داری بود که با شوهر، پسر و مادرش زندگی می کرد. این زن، دچار افسردگی و اضطراب شدید شده بود. در بررسی احوال او، معلوم شد که مادرش بر او تسلط کامل دارد و به او ابراز شخصیت نمی دهد؛ حتی تصمیم خرید روزانه، تهیه نوع غذا و تربیت پسرش را از او گرفته بود. پسرش، کودکی «لوس»، بی تربیت و سرکش شده بود. در مقابل این بردها، این زن بسختی از شوهرش ابراد می گرفت و نسبت به او پرخاشگری می کرد. براساس روش خوداعمالی، به این خانم آموزش داده شد که چگونه بتدریج در مقابل مادر، شخصیت خود نشان دهد و کنترل امور منزل و بویژه تربیت کودک را به عهده بگیرد؛ در ضمن به چه تحریک مقابل شوهر مثبت باشد و کمتر رفتارهای پرخاشگرانه انجام دهد. پس از آموختن این روشها، به کارگیری آنها، افسردگی و اضطراب بیمار از بین رفت.

مورد دوم، مربوط به مردی بود که به قدری افسرده و گوشه گیر شده بود که دوبار قصد خودکشی کرد. علاوه بر افسردگی، نسبت به زنش سوءظن پیدا کرده بود؛ نسبت به پسرش پرخاشگر، در محیط کارش بی حوصله و عصبانی، و نسبت به شغلش هم که مدیریت یک کارخانه را به عهده داشت، بی علاقه شده بود. غذا و خوابش مختل شده بود، تمایلات جنسی

۱. مجله روانشناسی، بهمن ۱۳۵۰، صفحه ۲۲ - ۳۵.

شدن کاهش یافته بود و روابط انسانی با دیگران به شکل بیمارگونه‌ای در آمده بود. پس از بررسی وضع روانی اجتماعی او معلوم شد که زن این بیمار، شخصیت نورو تیک و تسلط جویی زده و دائماً راه به انحای مختلف کنترل می‌کند. او حتی در انتخاب نوع غذا، لباس، ساعات کار، دوستی و معاشرت آزاد نبود. زن او، هر روز چند بار به او تلفن می‌کرد و جویای احوال او می‌شد. اگر بیمار در اطاق خود نبود، برای او یادداشت می‌فرستاد که حتماً به منزل تلفن کند. دائماً او می‌گفت که مواظب غذای خود باشد. لباس گرم بپوشد، به دیگران اعتماد نکند، و اگر یک روز نیم ساعت دیر به منزل می‌رسید، به افراد مختلف تلفن می‌زد و برای علت تأخیرش از او می‌خواست می‌کرد. براساس روش آموزش خود اعمالی، این مرد آموخت که در برابر حواس غیر منطقی زنش ایستادگی کند. بسیاری از کارهایی را که قبلاً انجام می‌داد، ادامه نداد. تصمیم‌گیری در بسیاری از مسائل زندگی را، چه مربوط به شخص خود و یا زندگی مشترک زنش باشد و چه تربیت کودکش، شخصاً به عهده بگیرد. پس از آموختن و اجرای این برنامه، علاقه بیماری این مرد برطرف شد. احساس نشاط و شادی به او دست داد و در ارتباط اجتماعی دیگران راضی و موفق بود.

۳- روش اجتنابی^۱ - درمان اجتنابی عبارت است از اجرای اصول بازداری متقابل^۲ برای برطرف کردن رفتارهای نابهنجار؛ البته غیر از اضطراب. در این روش، در یک زمان مناسب، یک محرک آزاردهنده مثل شوک الکتریکی به بیمار داده می‌شود تا از اجرای عادات نابهنجار و نامناسب گذشته، اجتناب ورزد. این روش، در از بین بردن وسوسه‌های فکری و عملی، اعتیاد و نعوذات جنسی مؤثر است. مثلاً در مورد بیماران مبتلا به الکلی، معمولاً با مخلوط کردن دارویی که باعث ایجاد واکنشهای نامطلوب جسمی مثل استفراغ شدید و درد می‌شود، بیمار می‌آموزد که از نوشیدن مشروبات الکلی اجتناب ورزد. و یا کودکی که زیاد ناخن‌های خود را می‌جود، با استفاده از دارویی که لب و دهان کودک را بشدت آزار می‌دهد، او را از ادامه این عمل باز می‌دارند. در مورد یکی از بیماران اسکیزوفرنیک که حتی در هوای گرم، چندین پتو و ملافه محوط می‌پوشید، روانپزشک پیشنهاد کرد که هر روز در هوای گرم و هرچه بیشتر، لحاف، پتو و ملافه محوط بپوشد. پس از گذشت مدتی، بیمار از این کار ناراحت شد و بتدریج این عادت را ترک کرد.

۴- روش خاموش کردن آزمایشی^۳ - براساس این روش، می‌توانیم رفتاری را با تکرار آن و حذف پاداش از بین ببریم و یا تضعیف کنیم. استفاده درمانی از این روش را کی دانتل^۴ در سال ۱۹۳۲ میلادی پیشنهاد کرد؛ لیکن در آن زمان، زیاد مورد توجه قرار نگرفت؛ ولی در سالهای اخیر

مجدداً به آن توجه شد و بویژه در درمان عاداتهای ناپهنجاری مانند تپکها^۱ از آن سود می بردند. بیمار خواسته می شود که عمداً و آگاهانه، واکنش مطلوب تپک را بارها و بارها در طی روز تکرار کند. پس از گذشت چند هفته، واکنش تپک به نحو چشمگیری تقلیل می یابد. به نفس روان شناسان معتقدند که استفاده از روش خاموشی برای از بین بردن تپک، اگر با روش اجتنابی توأم باشد، سریعتر به نتیجه می رسد.

استفاده از روشهای رفتاردرمانی در بیمارستانها

بیمارانی که در بیمارستانهای روانی بستری می شوند؛ بویژه اگر دوران بستری شدن آنها طولانی باشد، علاوه بر حالتها و روحیات غیرعادی خود، به یک سلسله خصوصیات نامطلوب دیگری دچار می شوند. به این خصوصیات، بیمارستان گرایی^۲ می گویند و علت آن، انگیزه بیمار به شرایط بیمارستان است. این بیماران معمولاً سعی می کنند در انجام امور روزانه خود قبول مسئولیت و فعالیت های متداول در بیمارستان، شرکت کنند. به نظر روان شناسان رفتاردرمانی می توان بیماران را تشویق به انجام کارهای مختلف مانند برخاستن از رختخواب، نظافت ورزش، رفتن به سالن غذاخوری، کاردرمانی، قدم زدن در محوطه بیمارستان و حتی کمک کردن به بیماران دیگر کرد. این کار را می توان با ارائه یک سلسله فعالیت ها و شرایطی، بویژه مقدماتی پاداش، انجام داد. کاربرد این روشها بویژه در تقویت فعالیت های گروهی و ایجاد همکاری بین بیماران از یک سو، و بیماران و کارمندان بیمارستان از سوی دیگر، بسیار مفید است.

بیماران پسیکوتیک را که با شرایط محیط ارتباط زیادی ندارند، می توان براساس روشهای رفتاردرمانی تشویق به تماس با محرکهای بیرون کرد و سپس به آنها پاداش داد. در یکی از بیمارستانها، ماشین هایی در راهرو یا مکانهای مناسب دیگر قرار داشت که با پرس دکمه ای نوعی شکلات یا شیرینی از آن بیرون می آمد. بیمار پسیکوتیکی را که به هیچ وجه تمایل به برقراری تماس با محیط خارج نداشت، تشویق کردند که به ماشین نزدیک شود. سپس حضور او چند بار دکمه ای را پرس دادند و شکلات به دست آوردند. پس از مدتی، مریض شخص به ماشین نزدیک می شد و این کار را انجام می داد و پاداش می گرفت. در قدم بعدی از بیمار خواستند تا چگونگی این رخداد را توضیح دهد؛ اگر چنین می کرد، بلافاصله به او پاداش کلامی یا غیرکلامی می دادند. در بعضی موارد، در برابر هر نوع آگاهی، آشنایی و ارتباط بیمار با محیط هرچند هم که مختصر باشد، پاداش می دهیم تا رفتار واقع گرایانه او را تقویت کنیم.

رفتار درمانی فوبی با روش «حساسیت‌زدایی منظم»^۱

نقد

رفتار درمانی، یکی از روشهای درمان ناراحتی‌های روانی است که به عنوان رقیب سرسخت دیگر روش شناخته شده است. مشخصه بارز این روش درمانی، اتکای آن به اصول یادگیری است؛ صریحی که مأخوذ از بررسی‌های دقیق آزمایشگاهی هستند. رفتار درمانی از لحاظ نظری، در چهارچوب تئوری شرطی شدن قرار می‌گیرد و در حقیقت، ریشه‌های آن را باید در آزمایشهای پاولف جستجو کرد. پاولف، نخستین کسی بود که نشان داد، می‌توان تعارض روانی را در حیوان آزمایشگاهی ایجاد کرد، و این تعارض بی‌شبهت به تعارض مشهود در آدمیان نیست. پاره‌ای از محرکهای درونی و برونی، به طور طبیعی پاسخهای خاصی در ارگانیسم ایجاد می‌کنند. اگر محرکهای بی‌اثری را که کوچکترین رابطه‌ای با پاسخهای مورد نظر ندارند، با محرکهای طبیعی همراه کنیم، این محرکهای بی‌اثر می‌توانند جانشین محرکهای طبیعی شوند و همان پاسخهایی را ایجاد کنند که محرکهای طبیعی بر می‌انگیزند.

وانسن (۱۹۲۰) با این روش، در کودکی به نام آلبرت، پاسخ ترس در برابر خرگوش ایجاد کرد. آن در حالی که آلبرت مشغول بازی با خرگوش بود، صدای بلندی به وجود آورد و کودک شروع

^۱ این فصل با همکاری آقای محمدنقی براهنی تهیه شده است.

نی فل از محرکهای دردآور یا ترس آور ظاهر شده اند، ترس نشان دهد. هدف درمانی فوبیها این است که بیماری فوبیک، سرانجام در برابر محرک ترس آور، به جای پاسخ ترس، بی تفاوت بماند و با پاسخ مثبتی نشان دهد. پاسخ ترس، توأم با تحریک بخش سمپاتیک دستگاه اعصاب خودکلی است و بنابراین با تحریک بخش پاراسمپاتیک می توان از پاسخ بخش سمپاتیک بازسازی کرد. در جریان درمان، دو محرک - یکی ترس آور و دیگری مطبوع - به طور همزمان ارائه می شوند تا دو پاسخ متضاد در بیمار برانگیزند. ولی چون بیمار نمی تواند این دو پاسخ متضاد را همزمان بروز دهد، ناچار در برابر یکی از محرکها پاسخ نشان می دهد. پاسخ بیمار در برابر دو محرک همزمان، بستگی به نیرومندی یکی از آن دو دارد. بنابراین، برای درمان بیمار باید اول محرک مطبوع را به صورت شدید ارائه داد و پاسخ مثبت نیرومندی (پاسخ پاراسمپاتیک) موجود آورد؛ سپس محرک ترس آور را به صورت ضعیف ارائه داد. در چنین شرایطی، پاسخ سمپاتیک که محرک ترس آور ایجاد می کند، با پاسخ مثبت نیرومندی که محرک مطبوع ایجاد می کند، بازنمایی خواهد شد. در آزمایش بعدی، می توان محرک ترس آور را کمی شدیدتر کرد و این عمل را ادامه داد تا جایی که محرک ترس آور به کلی بی اثر شود. بنابراین، یکی از عناصر به روش بی اثر کردن منظم این است که محرک ترس آور را از خفیف به شدید درجه بندی کنیم و در جریان درمان به همین کیفیت آن را ارائه دهیم. عنصر دیگر این روش، محرکی است که در پاسخ های مثبت ایجاد می کند. ولی، روش آرامش دادن به بیمار را توصیه می کند؛ چون این عملایی حاصل، با پاسخهای سمپاتیک ناشی از محرکهای فوبیک متعارض است. اما دفع است که برای ایجاد پاسخهای پاراسمپاتیک می توان از هر محرک مطبوع دیگری مانند موسیقی مطبوع، تابید اجتماعی، اسباب بازی، غذاهای مورد نظر بیمار و جز اینها استفاده کرد. این مقاله، گزارشی است از درمان فوبی گربه، در یک دانشجوی دختر که با روش «حساسیت زدایی منظم» در آزمایشگاه روانشناسی دانشگاه تهران انجام شده است.

شرح حال بیمار

بیمار، دختر نوزده ساله ای بود که در سال اول دانشگاه تهران تحصیل می کرد و در تحصیلات مورد معیشت موفق بود. آزمایش او با آزمون ماتریسهای ریون، نشان داد که از لحاظ هوش در منظم بالاتری نسبت به دانشجویان قرار دارد. نمره های او در پرسشنامه شخصیت آیزنک، حاکی از آن بود که مختصری درونگرا و به میزان قابل ملاحظه ای، عصبی است.^۱ پدرش سالها پیش

فوت کرده بود و او با مادر، خواهر و برادرش زندگی می کرد. از وضع خانوادگی خود کاملاً بی خبر به نظر می رسید.

بیمار، شخصاً به یکی از نویسندگان مقاله مراجعه کرد و اظهار داشت که از گربه ها بشدت می ترسد و مایل است درمان شود. در مصاحبه اول، سابقه بیماری بررسی شد. بیمار اظهار کرد: «تا جایی که به خاطر دارم، همیشه از گربه ها شدیداً می ترسیدم. در ۸ سالگی، پدر بزرگم برایم داستان مردی را تعریف کرد که جسد او را در اطاقش همراه با گربه ای پیدا کرده بودند. گربه، پس و لبهای مرده را خورده بود.» چنین به نظر می رسید که شنیدن این داستان، نخستین عامل ترس او از گربه ها بود. او ادامه داد: «در ده سالگی، شبی خواب دیدم که گربه بزرگی کنارم خوابیده است وقتی چشمان خود را باز کردم، گربه بزرگی را در اطاق خود دیدم. از ترس فریاد کشیدم و رفتم به کمک خواستم. در هشت، نه سال گذشته، از ترس گربه ها تنه ها به کوچه و خیابان نمی روم و هر روز به جایی دعوت می شوم، باید مطمئن شوم که گربه ای در آن خانه نیست. شهادت و پنجره اتاق را محکم می بندم و صبح با این خیال دردناک بیدار می شوم که مبادا گربه ای به اطاقم آمده باشد. وقتی علت ترس او را جویا شدیم، اظهار داشت: «از این می ترسم که شاید به من حمله کند بدترین شرایط برایم این است که با گربه ای در اطاقی تنها باشم. بعد هم، از حرکات، صدای چشمهای گربه می ترسم.» البته، دیدن تصاویر گربه در کتابها و مجلات، او را زیاد نمی ترساند. اظهارات بیمار نشان داد که ترس شدید او از گربه ها، به حد قابل ملاحظه ای زندگی او را مختل کرده است؛ تا جایی که در دو سال اخیر، از خانواده عموییش که گربه داشتند، بازدید نکرده بود. علاوه بر اظهار خود بیمار، میزان ترس او را با اندازه گیری واکنش گالوانیک پوست نیز بررسی کردیم. برای این کار، سیمهای گالوانومتر را به انگشتهای او وصل کردیم و از او خواستیم چشمهای خود را ببندد. نخست، جسم کند که روی دیواری گربه ای با فاصله زیادی از او نشسته است. بعد، از او خواستیم تصور کند که گربه ای پشت شیشه پنجره نشسته است؛ و بالاخره گفتیم، گربه ای را مجسم کند که توی اطاق کنار او نشسته است. جسم این موقعیت باعث شد که نمودار واکنش گالوانیک پوست، فوراً به میزان قابل توجهی بالا رفت و بیمار گفت که جسم این موقعیت را نمی تواند تحمل کند.

به این ترتیب، تصویر روشنی از وضع بیمار به دست آوردیم: داستان پدر بزرگ همراه با یک حادثه نکان دهنده بعدی، سبب شده بود که بیمار، بشدت از گربه ها بترسد. کنار گیری او از گربه ها، ترس اولیه او را تشدید کرده و در نتیجه، پاسخ اجتنابی شدید در او تکوین یافته بود.

روش درمان این بیمار، از روش حساسیت زدایی منظم به وسیله بازداري متقابل استفاده شد. روش کار و نتایج احتمالی آن برای بیمار شرح داده شد و با همکاری او، موقعیت های ترس آور در حالتی گردید. این موقعیت ها به ترتیب میزان ترس آوری آنها عبارت بودند از: تصویر گربه ها در حالتها و موقعیت های مختلف، گربه عروسکی، و یک گربه بزرگ معمولی، برای ایجاد واکنشهای پاراسپانتیک، آرامش همراه با موسیقی ملایم کلاسیک به عنوان محرکهای مطبوع انتخاب شد. قطعات موسیقی را بیمار شخصاً انتخاب کرد. روش آرامش، همان روش

جکسون بود که ولپی تشریح کرده است (۱۹۶۶).
درمان این بیمار ۲۲ جلسه طول کشید. جلسات درمانی دوبار در هفته و هر بار به مدت تقریباً ۹۰ دقیقه تشکیل می شد. شش جلسه اول، صرف تعلیم روش آرامش به بیمار شد و بقیه جلسات، به حساسیت زدایی منظم اختصاص یافت. در آغاز هر جلسه، از بیمار درخواست بر نشستن روی صندلی بنشیند. سپس، ضبط صوت قطعات موسیقی منتخب را پخش می کرد پس از اینکه بیمار آرامش کامل می یافت، محرک ترس آور ضعیفی ارائه می شد؛ مثلاً او خواسته می شد که اگر کوچکترین احساس ترس و اضطرابی کرد، فوراً دست خود را بلند کند در جلسات درمانی، به طور کلی از تلقین مستقیم اجتناب شد.

جلسات ۱ تا ۶- این جلسات صرف تعلیم فنون آرامش به بیمار شد. در دو جلسه اول، روش آرامش دادن به تنگ عضلات توضیح داده شد و از بیمار خواسته شد که تمرینهای لازم را انجام دهد پس از دو جلسه، از او درخواست گردید که در منزل نیز این عمل را روزی دوبار تمرین کند. یسرت او در آرامش دادن به عضلات خود، به حدی بود که در جلسات آخر، گاهی احساس خواب آلودگی می کرد.

جلسات ۷ و ۸- کارت پستالی که عکس گربه قشنگی روی آن بود، از فاصله چهار متری به بیمار نشان داده شد. سپس آزمایشگر، آن را بتدریج به بیمار نزدیک و نزدیکتر کرد. سرانجام از او خواست که کارت پستال را بگیرد و خصوصیات گربه ای را که عکس آن چاپ شده بود، بدقت مطالعه کند و شرح دهد. کارت پستال دیگری که عکس گربه داشت به او ارائه شد و چون کوچکترین نشانه ای از اضطراب در بیمار دیده نشد، عکسهای مختلفی که از دو گربه واقعی در حالات مختلف گرفته شده بود، به بیمار نشان داده شد و باز هم از او درخواست شد که خصوصیات گربه ها را مطالعه و تشریح کند.

جلسه هشتم نیز به ارائه عکسهای گربه اختصاص داشت؛ البته این عکسها متعلق به کتابی

مربوط به زندگی گربه ها بود. در پایان این جلسه، بیمار حتی می توانست بدون احساس اضطراب به تصویر گربه های وحشی نگاه کند. بنا به درخواست بیمار، کتاب در اختیار او گذاشته شد.

جلسه ۹ - یک گربه عروسکی به اندازه یک بچه گربه واقعی که از پلاستیک ساخته شده بود، از دور به بیمار نشان داده شد. آزمایشگر، آن را به بیمار نزدیکتر کرد تا بالاخره بیمار آن را بردارد و شروع به مطالعه قسمت های مختلف آن نمود. در پایان جلسه، از بیمار خواسته شد که یک عروسکی را با خود ببرد و از پوست بره یا خز، لباسی برای آن درست کند.

جلسه ۱۰ - بیمار، گربه عروسکی را با خود آورد. لباس قشنگی از خز، گربه عروسکی را می پوشاند. بیمار، خوشحال بود که گربه عروسکی از هر لحاظ کامل است. ضمن گفتگو با بیمار، احساس شد که برای انجام درمان با بچه گربه واقعی آمادگی دارد. موضوع با بیمار در ب. گذاشته شد. او با کمی احساس اضطراب قبول کرد که جلسه بعد، در جریان درمان، از بچه گربه استفاده شود. مادر و دختر عمومی بیمار که غالباً همراه او به آزمایشگاه می آمدند، اشاره کردند که گربه عمومی بیمار، بچه های ۴۰ روزه ای دارد و می توانند یکی از آنها را به آزمایشگاه ببرند. توصیه شد که بچه گربه آرامی را انتخاب کنند.

جلسات ۱۱ و ۱۲ - مادر و دختر عمومی بیمار، بچه گربه ای را داخل یک جعبه مغیر به آزمایشگاه آوردند. بیمار که اضطراب نشان می داد، خواهش کرد که بچه گربه را داخل جعبه داریم. از او خواسته شد که روی صندلی بنشیند و تمرین های آرامش را انجام دهد. در عین حال بچه گربه داخل یک قفس سیمی قرار داده شد. وقتی بیمار کاملاً احساس آرامش کرد، آزمایشگر بچه گربه را که داخل قفس سیمی بود، به اطاق آورد و در فاصله نسبتاً دوری از بیمار قرار داد. آزمایشگر قفس را بتدریج به بیمار نزدیکتر کرد و ضمناً از او خواست که بچه گربه را داخل قفس تماشا کند؛ در حرکات و خصوصیات آن دقت کند و به تشریح آنها بپردازد. به این ترتیب بچه گربه تا یک متری بیمار آورده شد؛ ولی چون در این مرحله، بیمار شروع به احساس ناراحتی و اضطراب کرد، به آزمایش خاتمه داده شد.

در جلسه ۱۲ کار درمان با بچه گربه ادامه پیدا کرد تا بالاخره قفس درست جلوی بیمار قرار میز قرار داده شد. یکی از آزمایشگران، مدادی را آورد و از لای سیم قفس، شروع به بازی با بچه گربه کرد. پس از مدتی، از بیمار خواسته شد که او هم با مداد با بچه گربه بازی کند و در عین حال حرکات و خصوصیات جسمانی بچه گربه را مطالعه کند. بویژه به چشمهای آن خبره شود. مطابق دستورالعمل رفتار کرد و پس از چند دقیقه، اظهار داشت که بچه گربه در قفس آرام می کند و مثل این است که می ترسد. در این موقع، بچه گربه در داخل قفس سروصداهای مختلفی به این ترتیب، بیمار به چشمها و صدای گربه نیز عادت می کرد.

جلسات ۱۳ تا ۱۷ - در حالی که بیمار روی صندلی در یک انتهای اتاق دراز کشید. مطابق معمول به بیمار گفته شد که هر وقت احساس کوچکتین اضطرابی کرد، فوراً دست خود را بلند کند و بویژه دستهای آن را نشان دهد. بتدریج بچه گربه نزدیکتر شد و چون بیمار اضطراب نشان نداد، بویژه بچه گربه روی میز جلوی بیمار قرار گرفت و آزمایشگر شروع به نوازش بچه گربه کرد. بیمار به هیجان نماند، ولی نوازش بچه گربه را ادامه می داد. البته، هر وقت گربه حرکتی می کرد و یا به بیمار نزدیک می شد، بیمار فوراً دست از گربه می کشید. واضح بود که حرکات و چشمهای گربه، هنوز روی بیمار ناراحت کننده بود. بیمار خواهش کرد که گربه در اتاق به طور آزاد نگردد.

جلسات ۱۲ و ۱۵ به عادی کردن حرکات و نگاه گربه گذشت. برای رسیدن به این منظور، دست گربه دور از بیمار در اتاق، آزاد گذاشته شد؛ ولی کاملاً مراقبت می شد که به طور ناگهانی دست بیمار حرکت نکند. بعد بتدریج بچه گربه به سوی بیمار برده شد. در عین حال، یکی از آزمایشگران با نخی با بچه گربه بازی می کرد. به علاوه، گاه و بیگاه آزمایشگر بچه گربه را روی دست خود به سمت بیمار می گرفت. در تمام این مدت، از بیمار درخواست شده بود که حرکات و چشمهای بچه گربه را مطالعه کند. بتدریج بیمار، به بازی بچه گربه در نزدیکی او عادت کرد.

در جلسه ۱۶ بچه گربه، آزاد جلوی بیمار روی میز قرار داده شد و بیمار اضطرابی از خود نشان نداد. آزمایشگر از بیمار خواست که بچه گربه را نوازش کند و بعد آن را روی دستهای خود بردارد و بگوید: البته اگر احساس اضطراب کرد، فوراً آن را به آزمایشگر بدهد و یا روی میز بگذارد. بیمار، این دستورالعمل را بدون احساس اضطراب انجام داد. البته، شدت به هیجان آمده بود، ولی ترس نشان نمی داد. او گفت: «در عمرم، این اولین بار است که توانسته ام بچه گربه ای را بلند کنم». در پایان، خود بیمار بچه گربه را داخل جعبه مقوایی گذاشت.

در جلسه ۱۷، بیمار بچه گربه را روی دستهای خود بلند و نوازش کرد، در بغل گرفت و با نگاهی نغمه با آن بازی کرد. در این جلسه، بیمار اظهار داشت که نه تنها کوچکتین ترسی از بچه گربه ندارد، بلکه ترس او از گربه های بزرگ نیز کاهش یافته است. مادر بیمار نیز این نکته را تأیید کرد. در این مرحله، احساس شد که می توان مداوم با گربه بزرگ معمولی ادامه داد. بیمار این پیشنهاد را با کمی احساس اضطراب، پذیرفت.

جلسات ۱۸ و ۱۹ - بیمار در یک انتهای اتاق، روی صندلی نشست و پس از چند دقیقه، آزمایشگر با گربه بزرگی که در بغل داشت، وارد اتاق شد. مخصوصاً گربه آرام و بی سر و صدایی

انتخاب شده بود. به بیمار اطمینان داده شد که گربه را در آزمایشگاه، رها نخواهند کرد آزمایشگاه گربه را بتدریج به بیمار نزدیک و نزدیکتر کرد تا بالاخره در یک منبری بیمار قرار گرفت. در تمام این مدت، از بیمار خواسته شد که فقط حرکات و چشمهای گربه را مطالعه و تشریح کند. آزمایشگر شروع به نوازش گربه کرد و از بیمار نیز درخواست کرد که جلوتر بیاید و گربه را نوازش کند. بیمار اظهار داشت که ترس چندانی از خود گربه ندارد، ولی از حرکات آن می ترسد. در جلسه ۱۹ سعی شد که حرکات گربه برای بیمار عادی شود. به این منظور، یک ناله محکم گرفت و گربه را در فاصله دوری از بیمار قرار داد و بتدریج در جهت بیمار حرکت داد. در جلسه، یکی از جلسات درمانی طولانی بود؛ چون چندین بار بیمار با دست خود علامت روی بیمار به سمت او رفت و شروع به نوازش آن کرد. بیمار می توانست براحتی و بی آنکه اضطراب نشان دهد، صورت و لبهای گربه را لمس کند.

جلسه ۲۰ - در این جلسه، آزمایشگر گربه را در فاصله دوری از بیمار روی زمین قرار داد. اینکه گربه آرامی انتخاب شده بود، معجزه مواظبت می شد که ناگهان به سمت بیمار حرکت نکند. بیمار، مختصری اضطراب نشان داد، ولی گربه به محض آزاد شدن، خود را زیر یکی از قدمه قایم کرد. بیمار آرامش یافت. در این موقع، آزمایشگر، گربه را برداشت و در فاصله نزدیک به بیمار، آزاد کرد. و این روش ادامه یافت تا زمانی که گربه، در دور و بر بیمار رها شد. گربه بیمار بیش از حد، احتیاط نشان می داد؛ ولی روی هم رفته مشغول تماشای حرکات گربه بود. جلسات ۲۱ و ۲۲ - آزمایشگر، گربه را وارد اتاق کرد و به زمین گذاشت و نوازش کرد. بیمار خواسته شد که بتدریج به گربه نزدیک شود. به محض اینکه بیمار به نزدیکی گربه رسید، بلند شد و دورتر رفت. از بیمار خواسته شد که گربه را تعقیب کند. اینک گربه فرار می کرد و به دنبال آن بودا در پایان این جلسه، بیمار بدون توجه به گربه با آزمایشگران صحبت می کرد. در جلسه ۲۲ گربه کاملاً در آزمایشگاه آزاد گذاشته شده بود و کوچکترین نشانه ای از اضطراب در بیمار دیده نمی شد.

پایان درمان

بیمار در مصاحبه ای که پس از آخرین جلسه درمانی به عمل آمد، اظهار داشت که دیگر از گربه ها ندارد و می تواند آزادانه و تنها در کوچه گردش کند. برای اینکه اثر درمانی

بیماری بیمار تعمیم یابد، مسئله نگهداری یک بچه گربه، با بیمار و مادرش در میان گذاشته شد. و از آنکه بچه گربه ای را به طور آزمایشی در خانه خود نگه دارند. یک ماه بعد، بیمار گزارش داد که بچه گربه هنوز در خانه آنهاست؛ البته، گربه یکی از روزها خانه را ترک کرده بود و او مجبور شده بود که برای پیدا کردن آن، از همسایه ها کمک بگیرد. به این ترتیب، یک واکنش پاراسمپاتیک در برابر گربه ها، جانشین یک واکنش سمپاتیک شده بود.

بحث و خلاصه

این بررسی، نمونه‌ای از یک درمان فوبی با روش «حساسیت‌زدایی منظم» را نشان می‌دهد. در بیمار مورد مطالعه، در اثر چند تجربه تکان‌دهنده، پاسخ اجتنابی شرطی شدیدی از گریه‌ها بوجود آمده بود؛ به علت همین اجتناب از گریه‌ها، ترس اولیه بیمار همچنان پابرجا مانده بود. در جریان درمان به شرحی که گذشت، سعی شد محرکهای مربوط به گریه همراه با محرکهای طبیعی از نوع آرامش و موسیقی ملایم، به طور همزمان ارائه شوند، به نحوی که نیرومندی محرکهای ترس‌آور، کمتر از نیرومندی محرکهای مطبوع باشد. در چنین شرایطی، پاسخهای سازش‌ناک موجب خاموشی پاسخهای سمپاتیک همزمان می‌شد. نتیجه این آزمایش، مؤید شایع است که آیزنک و رچمن (۱۹۶۵)، ولپی و لازاروس (۱۹۶۶) و بیتس (۱۹۷۰) ذکر کرده‌اند. نویسندگان این مقاله با این محققان هم عقیده‌اند که روش «حساسیت‌زدایی منظم»، شیوه مؤثری برای درمان فوبی است.

در اینجا تفکر چند نکته به نظر می‌رسد: اولاً، ترکیبی از آرامش و یک محرک مطبوع از نوع موسیقی ملایم، جریان درمان با این روش را تسریع می‌کند. ثانیاً، محرکهای شرطی ترس‌آوری که در جریان درمان ارائه می‌شوند، باید بدقت درجه‌بندی شده باشند، و بعلاوه، با محرکهای شرطی ترس‌آور روزانه همانند باشند. ثالثاً، پس از پایان درمان باید ترتیبی اتخاذ شود که کار درمان به طور غیرمستقیم ادامه یابد؛ چون این امر سبب می‌شود که بقایای ترس واهی نیز خاموش شود. به همین علت اخیر بود که در پایان درمان، از بیمار خواسته شد که در صورت امکان از بچه‌گریه‌ای در منزل خود نگهداری کند.