

مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز
دوره هشتم، شماره اول و دوم، پائیز ۱۳۷۱ و بهار ۱۳۷۲

رفتار درمانی و زیست رفتار درمانی: مقایسه دو نظریه

دکتر جمشید احمدی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز

خلاصه

در این مقاله نخست دو نظریه رفتار درمانی و زیست رفتار درمانی ۱ مورد نقد و بررسی قرار گرفته و تلاش شده است تا کمبودهای هر کدام مورد واکاوی قرار گیرند. از فتون و روشهای رایج در رفتار درمانی سخن به میان آمده و پس از بررسی نقایص آن، نظریه زیست رفتار درمانی به عنوان راه حل بهتری ارائه شده است.

مقدمه

هر چند دانش انسان در بیشتر رشته ها، واز جمله رشته های مختلف پزشکی، پیشرفت قابل توجه داشته اما میزان این پیشرفت در زمینه بیماری های اعصاب و روان چندان چشمگیر

نبوده است. زمانی تصور می شد که عامل بیماری های روانی اجنه وارواح خبیثه اند و با آنکه در حال حاضر بر این گونه برداشتها خط بطلان کشیده شده است، ولیکن مسأله بیماری های روانی هنوز یکی از بزرگترین معضلات دانش پزشکی می باشد. اکنون که پژوهشگران و اندیشمندان در دانش پزشکی و علوم تجربی به پژوهش در بدن انسان، بویژه اسرار مغز، مشغولند می توان امید داشت که در این مسأله نیز پیشرفتهایی حاصل گردد. با این وضعیت نباید از نظر دور داشت که کشف رازهای نهفته مغز و پی بردن به علل و انگیزه های رفتار انسان به مراتب پیچیده تر از شناخت بیماری ها و اختلالات عضوی و جسمی است.

یکی از عوامل مهم عدم جامعیت نظریه های موجود در علوم و دانش های همچون روان پزشکی، روان شناسی، جامعه شناسی، مردم شناسی، فلسفه، اخلاق و بطور کلی علوم اجتماعی و انسانی، غفلت از تأثیر کارکرد مغز بر رفتار، احساس، و اندیشه است و تازمانی که این مهم مورد توجه کامل قرار نگیرد نمی توان به نظریه هایی جامع و مانع دست بازید.^۲ با توجه بدین که در سالهای آتی شاهد تغییراتی مهم و اساسی در مبانی و اصول، طبقه بندی، علت شناسی، تشخیص، درمان و حتی پیش بینی بیماری های روانی خواهیم بود، در این صورت یافته های پاراکلینیکی (فرابالینی) در روان پزشکی به مثابه آنچه که در بیماری های داخلی، کودکان، زنان، و دیگر اختلالات وجود دارد، نیز از اهمیت تشخیصی زیادی برخوردار خواهند بود. برخی از داده های پاراکلینیکی که در آینده مورد استفاده قرار خواهند گرفت و به تشخیص بیماری کمک خواهند کرد عبارتند از: (۱) نمونه برداری از قسمتهای مختلف مغز، (۲) اندازه گیری انتقال دهنده های عصبی شناخته شده ای همچون: اپی نفرین، نور اپی نفرین، سروتونین، دوپامین، انکفالین، اندورفین و... (۳) میزان مصرف گلوکز و یا دیگر مواد مورد مصرف مغز، (۴) ثبت تغییرات فیزیولوژیکی بدن در گستره ای وسیعتر از آنچه در حال حاضر وجود دارد، (۵) میزان کاهش و یا افزایش جریان خون در بخشهای گوناگون مغز، (۶) کشت، (۷) اندازه گیری هورمونها، (۸) آزمایش مایع نخاعی، (۹) پرتو شناسی، (۱۰) الکتروانسفالوگرافی و الکترومیلوگرافی، (۱۱) سی - تی - اسکن و پوزیترون امیشن توموگرافی، (۱۲) آزمایشهای معمولی همانند تجزیه خون و ادرار، (۱۳) اندازه گیری تغییرات مواد شیمیایی و متابولیت آنها در خون و دیگر قسمتهای بدن.

هدف از این مقاله عمدتاً بررسی دو نظریه رفتار درمانی و زیست رفتار درمانی و مقایسه آنها با یکدیگر است. هر چند همان گونه که پیشتر اشاره کردیم هنوز تا داشتن یک نظریه کامل و خالی از نقص فاصله ای نسبتاً طولانی در پیش است اما با بیان ویژگیهای هر یک از این دو نظریه می توان به ترجیح یکی بر دیگری رأی داد. بنابراین نخست از مکتب رفتار درمانی و فنون آن صحبت خواهیم کرد و سپس نظریه زیست رفتار درمانی را مورد بحث قرار خواهیم داد.

رفتار درمانی

اکنون به رفتار درمانی می پردازیم و آن را مورد واکاوی قرار می دهیم. پاولف فیزیولوژیست روسی، طی سالهای ۱۹۰۴ تا ۱۹۲۷ با شیوه های تجربی و آزمایشگاهی، به کشفیاتی بسیار با ارزش نائل آمد. این کشفیات پایه گذار دو نهضت عظیم و جدید یعنی رفتار گرایی و نوروسیکولوژی شد. رفتار گرایی، همچون روان کاوی، نه فقط دانش روان پزشکی و روان شناسی را تحت تاثیر قرار داد بلکه بر جنبه های اجتماعی، فلسفی، اخلاقی و هنری نیز تاثیر گذاشت.^۳

رفتار درمانی، در آغاز به عنوان روشی شناخته شد که می توانست با استفاده از اصول یادگیری به درمان نابسامانیهای رفتاری بپردازد. گرچه در روان پزشکی کنونی، اصول یادگیری و شرطی سازی در گسترش و کاربرد فرآیند رفتاری اهمیت دارند، اما تمامی شیوه های آن از این اصول پیروی نمی کنند. موضوع قابل توجه در رفتار درمانی، استفاده از اصول روان شناسی اجتماعی در مورد شناخت بیماری است. در این رهیافت بر روی حوادث قابل مشاهده تاکید می شود و پزشک باید رفتارهای گوناگون، و بویژه نشانه های بیماری را با تغییرات قابل مشاهده فیزیولوژیک مرتبط سازد. برای واکاوی رفتاری هر بیمار باید برنامه درمانی ویژه ای طراحی کرد و به اجرا گذاشت. از دیدگاه «رفتار درمانی نوین» رفتارهای غیر آشکار، همانند: اندیشه، احساسات و تصورات جزئی از رفتار فرد محسوب می شوند هر چند که قابل مشاهده نباشند. زیرا می توان آنها را از روی عوامل قابل مشاهده نظیر گفتار، وضع چهره، و دیگر حالت های فیزیولوژیک مشاهده کرد و اندازه گرفت. خلاصه آنکه داوری پیرامون حضور و یا عدم حضور اختلال روانی به مشاهده دقیق رفتار و آن هم در

گستره ای بسیار وسیع امکان پذیر است. ۴، ۵

رفتار درمانی را نباید به عنوان مجموعه ای از شیوه های گوناگون در امر درمان اختلالات رفتاری به کار برد. شیوه مورد نظر ما در مرحله اول رهیابی به مسائل کلینیکی بیمار، گردآوری داده های مورد نیاز، و سرانجام واکاوی این داده های کلینیکی است. در این راستا واکاوی رفتاری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. برای این منظور باید رفتارهایی را که سبب بروز پریشانی ها و یا از دست دادن کار آبی در خانواده و اجتماع می شوند به صورت بسیار صریح و روشن و از طریق هنجارهای کمی توضیح داد. موضوع دیگری که در واکاوی رفتاری به عنوان اصلی اساسی معرفی شده، مشخص ساختن متغیرهای محیطی و میزان دخالت آنها در نابسامانی های رفتاری از سوی پزشک است.

دومین مرحله واکاوی رفتار، استفاده از بررسی رفتاری در برنامه آزمایشی درمانی است. در این برنامه، گمانه های کلینیکی به وسیله دگرگونی متغیرهای محیطی و رفتاری مورد آزمون قرار گرفته و با وضعیت بیمار انطباق داده می شود. پاسخ بیمار به برنامه درمان فیزیکی نیز داده دیگری است که به گسترش و کاربرد واکاوی رفتاری قوت می بخشد. در روان پزشکی، میان رهیافت روان پویایی سستی و رهیافت رفتاری، تفاوتی وجود دارد. در رفتار درمانی، آنچه که قابل مشاهده و سنجش است و نیز رفتار بیمار و ارتباط آن با رویدادهای محیطی، مورد تاکید می باشد.

تاکید بر محیط از ویژگیهای اساسی رفتار درمانی به شمار می آید. ۶ در حالیکه از دیدگاه زیست رفتارگرایی محیط سازنده رفتار انسان و خود نیز متاثر از انسان است. بنابراین میان انسان و محیط ارتباطی متقابل وجود دارد و هر دو عامل بر روی یکدیگر تاثیر می گذارند. از دیدگاه رفتار گرایان هر چند رفتار انسان تحت تاثیر عوامل گوناگونی نظیر ویژگیهای سرشتی، فیزیولوژیکی، و محیط قرار دارد اما فقط با دستکاری محیط می توان رفتار انسان را تغییر داد و یا تعدیل کرد. به این ترتیب نابسامانیهای رفتاری یا در اثر کاست رفتاری و یا فزون رفتاری پدید می آیند. در مورد اول بایستی رفتارهایی را که شخص یاد نگرفته به وی آموخت و در مورد دوم باید رفتارهای «اضافی» او را تعدیل کرد.

فنون رفتار درمانی

روشهایی که در رفتار درمانی مورد استفاده قرار می گیرند متنوع و گوناگون اند. اینکه کدام یک از آنها باید مورد استفاده درمانگر قرار گیرد، به مهارت درمانگر و در درجه دوم به نوع بیماری، سن، جنس، و موقعیت بیمار بستگی دارد. اکنون به بررسی برخی از این فنون که کاربرد بیشتری دارند، می پردازیم:

۱- حساسیت زدایی تدریجی

این روش از سه مرحله تشکیل شده است که عبارتند از الف) آموزش آرامش عضلانی ب) سازمان بندی سلسله مراتب و ج) رویارویی. آموزش آرامش عضلانی بوسیله ایجاد آرامش عضلانی و یا تلقین در افراد تلقین پذیر سبب کاهش تنش عضلانی می شود. آرامش عضلانی در کاهش اضطراب بیمار نقشی اساسی دارد. ابداع این روش به خلاقیت جکسون می رسد. در این روش نخست از بیمار خواسته می شود تا راحت بر روی صندلی نرمی بنشیند، دکمه های لباس خویش را باز کند، چشمهایش را ببندد، چند نفس عمیق کشیده و با هر بازدم ماهیچه های بدن را شل کند. بیمار باید اینگونه تمرین ها را روزی دو تا سه بار و هر بار به مدت نیم ساعت انجام دهد.^۸ در این روش از دارو نیز می توان بهره جست. داروهای گروه بنزود یا زین همانند کلر دیازپوکساید و دیازپام از سویی سبب کوتاه شدن زمان لازم برای رسیدن به آرامش می شود و از سوی دیگر سبب سرعت بخشیدن به درمان می شوند که به طریق تاثیر بر شرطی زدایی اضطراب صورت می گیرد.

در مرحله سازمانبندی سلسله مراتب و رویارویی موقعیتهایی که سبب ایجاد اضطراب می شوند باید طبقه بندی شوند و بیمار را به ترتیب در معرض کمترین و سرانجام بیشترین عامل مولد اضطراب قرار دهند. به این ترتیب اضطراب بیمار بتدریج و با نزدیک شدن به منبع ترس کاهش یافته و از میان می رود.

۲ - رویارویی تدریجی

در این روش بیمار بتدریج و گام به گام در معرض محرک مولد اضطراب قرار

می گیرد: تفاوت آن با حساسیت زدایی تدریجی در این است که نیازی به آموزش آرامش عضلانی وجود ندارد. این روش غالباً در زندگی واقعی بیمار به کار برده می شود.

۳- تقویت مثبت و گزینشی

هدف از تقویت مثبت، تحسین و تشویق کارهای سودمند و مثبت بیمار است. به این ترتیب فراوانی رفتار و اعمال درست و بخردانه بیمار افزایش یافته و کارها و رفتار منفی و نابخردانه رو به کاستی می رود.

۴- یادگیری مشاهده ای (الگو سازی)

بسیاری از رفتارهای انسانها و بویژه کودکان از طریق مشاهده فراگرفته می شوند. در روش یادگیری مشاهده ای بیمار، شخص دیگری را که بدون ترس در حالی رویارویی با محرک مولد اضطراب است مشاهده کرده و عیناً حرکات وی را تکرار می کند.

۵- غرقه سازی

غرقه سازی عکس روش حساسیت زدایی تدریجی است. در این روش بیمار باید در مقابل محرکی قرار گیرد که بیشترین درجه اضطراب را ایجاد می کند. این رویارویی آنقدر ادامه می یابد تا احساس ترس بیمار فروکش کند. غرقه سازی هم به صورت خیالی و هم به طرز واقعی و عینی مورد استفاده قرار می گیرد.

۶- جلوگیری از پاسخ

در این روش از بیمار می خواهند که مانع بروز پاسخهای بیمار گونه خود (مانند رفتار تکراری و وسواسی) شود و حتی در صورت لزوم رفتار درمانگر از انجام اعمال وسواسی و تشریفاتی بیمار جلوگیری می کند. برخی از پژوهشگران تاثیر درمانی این روش را که موثرترین درمان اعمال وسواسی است به خاموشی و خوگیری نسبت می دهند در حالیکه برخی دیگر تاثیر این روش را ناشی از تغییر در نظام مندی شناختی بیمار می دانند.

۷- پندار ایستانی (توقف فکر)

در این روش از هجوم افکار مزاحم جلوگیری می شود. جلوگیری از افکار مزاحم بوسیله فرمان « ایست » صورت می گیرد که توسط درمانگر یا درمانجو گفته می شود. این روش در مورد افکار وسواسی بویژه آن دسته از افکاری که ناخوشایند و شرم آورند بسیار موثر است.

۸ - اشباع

اشباع موثرترین روش درمانی افکار مزاحم و وسواسی است. در این روش از بیمار درخواست می شود که نه تنها از هجوم افکار مزاحم جلوگیری نکند، بلکه با شدت بیشتر آن افکار را در ذهن خود تکرار کند. در این صورت ذهن نسبت به آن افکار اشباع شده و حساسیت بیمار از میان می رود. در عادهای عصبی از بیمار خواسته می شود تا رفتارها و عادات عصبی خود همانند به هم زدن پلک، بالا انداختن شانه، یا حرکات صورت را آگاهانه و بیش از حد تکرار کند. به این ترتیب این گونه رفتارها و عادات از بین می روند و یا کاهش می یابند. در درمان اعمال وسواسی از بیمار خواسته می شود تا عمداً و آگاهانه زمان فراوانی اعمال وسواسی را افزایش دهد.

۹ - آموزش ابزار وجود

این روش در مورد بیماران خجالتی، افسرده، و مضطرب بسیار موثر است. در این گونه حالتها از بیمار خواسته می شود تا بدون احساس شرم و خجالت، افکار، تمایلات، و احساسات خود را بیان کند.

۱۰ - خوگیری

خوگیری را می توان کاهش فراوانی پاسخ در مقابل محرک دانست. نخست محرک به عنوان یک محرک تازه عمل می کند اما بر اثر تکرار باعث فعال شدن سیستم وقفه این رفتار می شود. هنگام خوگیری در سطح سلول عصبی انتقال سیناپسی کاهش می یابد و بنابراین واکنش تکراری سلولها کاهش یافته و یا از بین می روند؛ بر اثر تحریکات وارد شده بر نورون

حسی به تدریج انتقال دهنده کمتری رها می شود و این موضوع بستگی به میزان کلسیم در پتانسیل عمل دارد. کلسیم آکسون کاهش می یابد و در پی آن انتقال دهنده کمتری آزاد می شود. اگر محرك حدود ده بار تکرار شود خوگیری موقت، و اگر تکریمات ده مرتبه ای چهار بار یا بیشتر تکرار شوند خوگیری بلند مدت و پایداری پدید می آید.^۹

۱۱- اقتصاد نشانه ای

این روش توسط آیلون و آزرین بر مبنای شرطی شدن عملی، پیشنهاد شده است. اقتصاد نشانه ای شیوه مؤثری در درمان بیماران کند ذهن و روان پریش به شمار می آید. یکی از مسائل عمده بیماران روان پریش مشکلات غذایی آنان است. این مشکلات از سوی کارکنان بیماران مورد تقویت نابجا قرار می گیرد. اما درمانگران این نوع تقویت را در یک گروه از بیماران تغییر دادند و در نتیجه تمامی مشکلات غذایی آنان به آسانی فراموش شد و در مدت چند روز بیماران مسأله دار، غذای خود را بدون یاری دیگران صرف کردند.

۱۲- خواست متضاد^{۱۱}

در این شیوه درمانی از بیمار خواسته می شود تا آرزو و درخواست و یا اقدام به عملی کند که معمولاً از آن ترس دارد. با این روش ترس بیمار کاهش یافته و سرانجام از بین می رود. از این روش برای درمان بیماری هایی مانند بی خوابی، فوبیا، اضطراب و... استفاده می شود. به عنوان نمونه از کسی که ترس از بی خوابی دارد خواسته می شود کوشش کند تا خوابش نبرد. به دنبال کوشش برای ایجاد بی خوابی معمولاً خواب عارض می شود و بی خوابی از بین می رود. و یا از بیماری که، به دلیل ترس از فضای باز از خانه بیرون نمی رود تا مبادا دچار غش یا سکنه شود، خواسته می شود تا از خانه بیرون رفته و کوشش کند تا سکنه یا غش کند. از آنجا که در عمل متوجه اشتباه خود می شود بنابراین فوبیای وی بر طرف خواهد شد.

۱۳- رفتار درمانی شناختی

هدف از رفتار درمانی شناختی تغییر و دگرگونی در نظام شناختی و اعتقادی فرد

است. در این روش کوشش می شود نگرش و آگاهی بیمار نسبت به جهان به گونه ای تغییر کند که واقعیتها را به همان گونه ای که هستند درک و تفسیر کند تا از تحریف و مسخ وقایع جلوگیری شود. کوشش رفتار درمانی شناختی بر آن است تا نحوه بر خورد فرد با مسائل و مشکلات زندگی به گونه ای باشد تا سبب سازگاری و انطباق وی شود.^{۱۲} این نظریه بر این اساس استوار است که بیماری های روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی، خود کم بینی، و احساسات منفی و ناخوشایند ناشی از اندیشه های نادرست و نابخردانه اند. از این دیدگاه پس از یک حادثه ناگوار آنچه که سبب اضطراب و افسردگی می شود نفس حادثه نیست بلکه نحوه بر خورد بیمار با آن حادثه است. در این روش درمانی از بیمار خواسته می شود نگرش و برداشتهای منفی خویش را فراموش کند و افکار اشتباه خود را درگون سازد. حوادث را همانگونه که هستند واکاوی کرده و در ارزیابی خود از مشکلات زندگی تجدید نظر کند. فردی که شناختش نسبت به جهان منفی و نادرست باشد همانند کسی است که از پشت شیشه مات به جهان خارج نگاه می کند و اصولاً چنین شخصی آینده راتاریک و همه چیز را تار می بیند.^{۱۳} رفتار درمانی شناختی، همانگونه که آرون بک اشاره می کند، روش موثری جهت درمان افسردگی است. لازم به یادآوری است که این روش در دیگر بیماری های روانشناختی همچون وسواس، حملات اضطرابی، نابسامانیهای شبه جسمی، و اختلالات بد بینی نیز قابل استفاده است. از دیدگاه آرون بک اختلالات شناختی هسته اصلی افسردگی را تشکیل می دهند. در این راستا کمبود انرژی، عدم علاقه به زندگی و بی تفاوتی نتیجه تصورات و اندیشه های اشتباه (اختلالات شناختی) بیمار می باشند. هدف رفتار درمانی شناختی کاهش افسردگی و جلوگیری از بازگشت مجدد آن است. در راستای این اهداف، تلاش می شود که: ۱- اندیشه های منفی بیمار شناسایی و مورد ارزیابی مجدد قرار گیرند. ۲- برای بیمار شمای مناسب و قابل انعطاف پایه ریزی شود. ۳- از بیمار خواسته می شود تا پاسخهای شناختی آموخته شده جدید را تمرین کرده و در زندگی روز مره به کار برد.

تأثیر مثبت رفتار درمانی شناختی در بیماری های روان نژند بارها به اثبات رسیده است. پژوهشهای انجام شده برتری این روش علمی را بر دیگر روشهای روان درمانی به روشنی

نشان می دهند. ۱۴

بر اساس آنچه گفته شد «رفتار درمانی نوین» فقط به اصول شرطی شدن کلاسیک و فعال محدود نبوده و جنبه های یادگیری مشاهده ای، اجتماعی، و شناختی را نیز در بر می گیرد. بنابراین رفتار درمانی نوین را می توان «روان درمانی علمی» نامید. در رفتار درمانی روشهای فراوان دیگری وجود دارد که ذیلاً به برخی از آنها اشاره می شود:

- ۱- یادگیری پرهیزی. ۲- انزجار درمانی. ۳- ترك عادت. ۴- رفتار درمانی خانوادگی. ۵- زوج درمانی رفتاری. ۶- آموزش مهارتهای اجتماعی.

زیست رفتار درمانی

روان کاوی عوامل و تغییرات عضوی موثر در اختلال روان پریشی و روان نژندی را مورد توجه قرار نداده و در واقع همین عدم توجه است که می تواند از ضعفهای عمده روان کاوی بشمار آید. کمبودهایی از اینگونه در شمار زیادی از نظریه های رفتار گرایان نیز به چشم می خورد. خوشبختانه اینگونه کمبودها در نظریه زیست رفتار درمانی وجود ندارد. ۱۵ از دیدگاه زیست رفتار درمانی، عوامل زیستی و محیطی هر دو تشکیل دهنده و تعیین کننده رفتارهای بهنجار و نابهنجار انسان اند. از سوی دیگر به منظور تغییر در رفتار و تفکر می توان هم از طریق دگرگونی در محیط و هم از طریق تغییر در عوامل زیستی به اهداف مورد نظر دست یافت. بر این اساس نظریه زیست رفتار درمانی می تواند پاسخی مناسبتر از رفتار درمانی به نیازهای بیماران باشد. ۱۶ دیدگاه زیست رفتار درمانی را می توان بصورت زیر خلاصه کرد:

- ۱- عوامل زیستی و محیطی در پیدایی رفتار بهنجار و نابهنجار نقشی مهم و تعیین کننده دارند.
- ۲- با بهره گیری از درمانهای زیستی و رفتاری می توان تا حد زیادی اینگونه نابسامانیها را اصلاح کرد.
- ۳- روش های زیست رفتار درمانی می توانند تأثیر عمده ای بر برخی از علایم

بیمارانی داشته باشند که بیماری آنها بر اثر عوامل محیطی و یادگیری پدید آمده اند.

۴- زیست رفتار درمانی فقط به کاربرد توأم دارو و رفتار درمانی محدود نمی شود بلکه بهره گیری از تمامی شیوه های زیستی و رفتاری را توصیه می کند که بتوانند در تغییر رفتار اعم از رفتارهای آشکار و پنهان، موثر باشند.

۵- همان گونه که اشاره شد هم اکنون برخی از شیوه های درمان زیستی شناخته شده اند که می توان آنها را به همراه رفتار درمانی مورد استفاده قرار داد، اما بسیاری از آنها مورد پژوهش و آزمایش هستند و در آینده بر اساس نتایج بدست آمده مورد استفاده قرار می گیرند.

بر اساس آنچه گفته شد شاید روزی بتوان با استفاده از تغییر و تحول در ساختمان و پیام ژنها، عمل جراحی بر روی سیستم عصبی، اشعه، دارو، پیوند تمامی مغز و یا قسمتهایی از آن، انتقال پروتئین و یا مواد شیمیایی از حیوان و یا انسان به انسانی دیگر و یا حتی سنتز آنها، بیماری های روان شناختی، یادگیرهای اشتباه، خاطرات، اندیشه ها و احساسات دردناک و آزار دهنده و . . . را در زمانی بسیار کوتاه از بین برده و یا اصلاح کرد. اما در حال حاضر، باید با توجه به اطلاعات و دانش اندک موجود، عمل کنیم تا در امر درمان بیماری ها موفق باشیم. ۱۷، ۱۸، ۱۹

پژوهشهای انجام شده بر روی بیماری های روان پریشی و روان نژندی بویژه وسواس و افسردگی نشان داده است که اگر این بیماری ها فقط بوسیله روشهای ارگانیک درمان شوند، احتمال برگشت آنها بالا خواهد بود، اما اگر همراه با درمان دارویی، رفتار درمانی، و بویژه رفتار درمانی شناختی، نیز به کار رود احتمال برگشت بیماری تا حد زیادی کاهش می یابد. در صد قابل توجهی از بیماران وسواسی که فقط بوسیله کلومپیرامین درمان شده بودند پس از چند ماه بیماری آنها عود کرد، اما بیمارانی که افزون بر کلومپیرامین در جلسات رفتار درمانی نیز شرکت کرده بودند برگشت بیماری به ندرت به سراغ آنها آمده است. این حالت در مورد بیماران افسرده (بویژه افسردگیهای مزمن) نیز بارها به اثبات رسیده است که اگر همراه درمان ارگانیک رفتار درمانی شناختی نیز به کار برده شود، در صد برگشت، در مقایسه با آنانی که فقط درمان ارگانیک دریافت کرده اند، بسیار کمتر خواهد بود. ۲۰ نکته

مهمی که باید مورد توجه رفتار درمانگران قرار گیرد این است که هر چند در بسیاری از بیماری‌ها (بویژه روان نژندی‌ها) رفتار درمانی، درمان‌گزینشی است اما با استفاده از درمانهای زیستی، بویژه دارو درمانی، می‌توان زمان لازم را تا حد قابل توجهی کاهش داد. این صرفه‌جویی از یکسو به سود بیمار بوده و وی را هر چه سریعتر از رنج ناشی از بیماری‌های می‌بخشد و از سوی دیگر سبب کاهش زمان مورد نیاز روان‌پزشک رفتارگرا نیز می‌شود.

بسیار محتمل است که روش زیست رفتار درمانی در آینده درمان‌گزینشی بسیاری از بیماری‌های روانی باشد. گفتنی است که روان‌پزشکان نباید در گزینش نوع درمان متعصب و سختگیر باشند و تصور کنند مثلاً فقط فلان شیوه درمانی بهترین و مناسبترین درمان بوده خواهد بود. زیرا بسیاری از روشهای مطرود شده، که زمانی تصور می‌شد. بهترین درمان بوده و خواهند بود، اکنون به سبب نقصها و محدودیتهای آنان دیگر مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. بنابراین روان‌پزشکان و روان‌شناسان واقفگرا باید با توجه به امکانات زمان خود بیماری‌ها را بررسی و روش درمان مناسب را پیدا کنند. همانگونه که در طول تاریخ بارها شاهد بوده‌ایم، شیوه‌هایی که اکنون بسادگی مورد استفاده قرار می‌گیرند و گاه جنبه‌های همگانی نیز پیدا کرده‌اند در زمان آغازین خود با ناباوری به آنها نگرسته می‌شد و حتی برخی از آنها غیر ممکن به نظر می‌رسید. بنابراین برای حل اشکالات و مجهولات شیوه‌های کنونی باید تلاش کرد تا با مشاهدات جدید در حوزه پزشکی یا علمی چون روان‌شناسی، زیست‌شناسی، فیزیولوژی، زیست‌شیمی، فارماکولوژی، مهندسی ژنتیک و... به راه‌حل‌های مناسب دست یافت. مسلماً شیوه‌های درمانی دیگری نیز وجود دارد که در حال حاضر از آنها بی‌اطلاعی و حتی به ذهنمان نیز خطور نمی‌کنند. اینگونه شیوه‌ها در آینده بر مبنای نیازهای زمان کشف و مورد استفاده قرار خواهند گرفت.^{۲۱}

نتیجه‌گیری

مکاتب عمده موجود در روان‌پزشکی و روان‌شناسی نمی‌توانند پاسخگوی تمامی پرسشهایی باشند که پیرامون شخصیت و رفتار بهنجار و نابهنجار انسان مطرح می‌شوند. از

سوی دیگر رفتار درمانی و رفتار گرایی به شکل کنونی نیز پاسخگوی تمامی پرسشهای انسان معاصر نبوده و نخواهند بود. پیشرفتهای اخیر پژوهشگران و دانشمندان در زمینه ابعاد زیست شناختی انسان نشان داده است که رفتار انسان آنگونه که بنیان گذاران رفتار گرایی بر پنداشتند فقط تحت تأثیر محیط و یا پیامدهای رفتار نیست بلکه در پیدایی آن عوامل زیست شناختی نیز نقشی تعیین کننده دارند. اینکه ساختار هویت انسانها تا چه حدی به عوادل زیستی و در چه گستره ای به عوامل محیطی بستگی دارد هنوز بطور دقیق تعیین نشده است. نظریه زیست رفتار درمانی و زیست رفتارگرایی تلاشی است تا برای اینگونه پرسشها پاسخی بیابد و تا حدودی نیز موفق بوده است. امید می رود که این پیشرفتها، تغییراتی اساسی در اصول و مبانی طبقه بندی، علت شناسی، تشخیص و درمان را در پی داشته باشد.

منابع و یادداشت ها

- 1- Biobehavior therapy
- 2- Grossberg, s. *The Adaptive Brain*, Netherlands, Elsevier Science Publishers, 1988
- ۳- فعالیتهای عالی قشر مغز « مقاله های ارائه شده در نخستین سمپوزیوم نور و پسیکولوژی ایران » اردیبهشت ۱۳۶۵، ارومیه، انتشارات انزلی .
- 4- Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. *Comprehensive text book of Psychiatry*, Williams and Wilkins, 1980
- 5- Kaplan, H. I. and sadock, B. J. *Synopsis of psychiatry*, williams and wilkins, 1991
- 6- Murdoch, D. and Barker, P. *Basic Behavior Therapy* london, Black well scientific publications, 1991
- 7- Exposure
- 8- Poppen, R. *Behavioral relaxation training and assesment*, New York, Pergamon press, 1988

- 10- Token Economy
- 11- Paradoxical intention
- 12- Bergan, J. R. and kratoch will, T. R. *Behavioral consultation and Therapy*, Newyork, plenumpress, 1990
- 13- Blackburn, I. and Davidson, K. *Cognitive Therapy for Depression and Anxiety*, london, Black well scientific publications, 1990
- 14- Beck, A. T. and coworkers. *Cognitive therapy of depression*, Newyork, Guilford press, 1979
- ۱۵- احمدی، جمشید. "نگاهی کوتاه به نظریه های ارگانیک، روان کاوی و رفتار گرایی" بخش اعصاب و روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (پلی کی)، ۱۳۶۹
- ۱۶- احمدی، جمشید. "نگاهی کوتاه به زیست رفتار درمانی". بخش اعصاب و روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی (پلی کی)، ۱۳۶۹
- 17- Talbott, J. A. *Future Directions for Psychiatry*, washington, D. C, P. A, 1989
- 18- Yoger, J. *The future of psychiatry as a medical specialty*, washington, D. C. American psychiatric press, 1989
- ۱۹- احمدی، جمشید. *آینده روان پزشکی*، چاپ دوم با بازنگری، شیراز، انتشارات راهگشا، ۱۳۷۱
- 20- Wilson, P. H. "*Combined pharmacological and behavioral treatment of Depression*" Behavior Research and Therapy, 1982, 20, 173-184.