

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر نشانه‌های مثبت اختلال اسکیزوفرنی

جواد محمدی^{۱*}، محمد نریمانی^۲، محمدجواد بگیان^۳، محسن درکه^۴

تاریخ دریافت 1392/11/19 تاریخ پذیرش 1393/01/25

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اسکیزوفرنی یکی از اختلالات شایع و ناتوان‌کننده در تمام دنیا است. علی‌رغم وجود درمان‌های دارویی به علت عدم تأثیر مطلوب این درمان‌ها در برخی بیماران، می‌توان از درمان شناختی - رفتاری به‌عنوان درمانی مکمل استفاده نمود. این پژوهش باهدف بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر نشانه‌های مثبت بیماران بستری مبتلا به اسکیزوفرنی انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح پژوهش، پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان و مردان بستری مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستان فارابی کرمانشاه می‌باشند که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب گردید و به دو گروه مساوی $n=15$ آزمایش و $n=15$ کنترل تقسیم شدند. هر دو گروه توسط آزمون SAPS مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه مورد درمان شناختی - رفتاری با استفاده از پروتکل درمانی قرار گرفت. بعد از مداخله برای گروه آزمایش، هر دو گروه مورد آزمون قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس (ANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از مدت ۱۲ جلسه اجرای درمان شناختی - رفتاری بر روی گروه آزمایش، میانگین نمرات علائم مثبت گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری ($p<0/001$) کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی - رفتاری می‌تواند به‌عنوان درمانی مؤثر، کاهش نشانه‌های مثبت را در بیماران اسکیزوفرنی به دنبال داشته باشد. بنابراین به‌عنوان درمانی مکمل می‌توان از این روش درمانی بهره برد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، اختلال اسکیزوفرنی، نشانه‌های مثبت

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره سوم، ص ۱۹۰-۱۸۲، خرداد ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، تلفن: ۰۴۵۱-۵۵۱۲۰۸۱۹۰

Email: javad.m60@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است.

مقدمه

مهارت‌های زندگی را مختل نموده و سبب افزایش انزوای اجتماعی و ناکامی در ایفای نقش‌های اجتماعی می‌گردد (۲). به دلیل شیوع زودرس بیماری و ایجاد اختلال در همه عمر و نیاز به مراقبت‌های پیوسته و پیگیر، اختلال یادشده هزینه هنگفت و فزاینده‌ای را بر سامانه بهداشتی - روانی وارد می‌کند. به‌طوری‌که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی همواره نیمی از تخت‌های بیمارستان‌های روانی را اشغال می‌کنند (۳).

هیچ اختلال روانی، پیچیده‌تر و عجیب‌تر از اسکیزوفرنی وجود ندارد. اسکیزوفرنی یک اختلال واحد نیست، بلکه مجموعه‌ای از روان‌پریشی‌هاست (۱) که با مجموعه‌ای از نشانه‌های مختلف مشخص می‌شود که غرابت شدید در ادراک، تفکر، عمل، خودپنداره و شیوه ارتباط برقرار کردن با دیگران از آن جمله است. این اختلال ناتوان‌کننده معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل جوانی پدیدار گردیده، روند اجتماعی شدن و رشد

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول)

^۲ استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی

^۴ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، مدرس دانشگاه پیام نور

این بیماری اغلب به عنوان توهم‌های شنیداری، پارانویید یا هذیان‌های عجیب و غریب یا صحبت کردن و تفکر درهم ریخته با اختلال قابل توجه در عملکرد شغلی یا اجتماعی پدیدار می‌شود که سالیانه ۱ درصد از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). تشخیص آن بر اساس تجارب خود سنجی بیمار و رفتار مشاهده شده می‌باشد (۵).

برخلاف ریشه‌شناسی لغت که از کلمه یونانی Schizein (دو نیم کردن) و Phren (ذهن) ریشه می‌گیرد، اسکیزوفرنی به ذهنی دو تکه یا چند تکه اشاره نمی‌کند و شبیه به اختلال هویتی گسستگی نیست (قبلاً به عنوان اختلال شخصیتی چند گانه یا شخصیت چند گانه شناخته شده است) بلکه شرایطی است که در آن، اغلب پریشانی و آشفتگی وجود دارد (۶). برخی از نظام‌های طبقه‌بندی اسکیزوفرنی را بر اساس وجود علائم مثبت و منفی طبقه‌بندی می‌کنند. علائم منفی عبارت‌اند از سطحی شدن یا کندی عواطف، فقر کلام یا محتوای کلام، انسداد فکر، آرایش و ظاهر نامناسب، فقدان انگیزش، فقدان احساس لذت، کناره‌گیری اجتماعی، نقایص شناختی و کمبود توجه. علائم مثبت نیز عبارت‌اند از گسیختگی تداعی‌ها، توهمات، رفتار عجیب و غریب و افزایش گفتار. بیماران دارای نشانه‌های مثبت معمولاً نسبت به بیماران دچار نشانه‌های منفی پیش‌آگهی بهتری دارند (۷). برنامه درمانی بیماران روان گسیخته شامل بستری کردن آن‌ها و تجویز داروهای ضد روان‌پریشی و همچنین انجام درمان‌های روانی - اجتماعی نظیر مهارت‌های رفتاری، خانوادگی، گروهی، فردی و اجتماعی و درمان‌های توان بخشی است (۷).

با وجود تلاش‌های گسترده تحقیقاتی در زمینه درک ژنتیک و اساس زیست شناختی اسکیزوفرنی و با وجود گذشت بیش از پنج دهه از تولید داروهای جدید برای این بیماری، دارو شناسی روانی نتوانسته تا کنون راه حل کاملی برای اختلالات شدید روانی ارائه دهد. شکست‌های درمانی، علائم باقیمانده، ازمان بیماری و موارد بازگشت بیماری شایع هستند. برای مثال میزان بهبودی علائم مثبت اسکیزوفرنی با داروهای ضد روان‌پریشی به‌طور مشخص کمتر از ۲۰ درصد است (۸). این اختلال عمده‌تاً شناخت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در مشکلات رفتاری و احساسی نیز دخیل است. افراد دارای علائم اسکیزوفرنی ممکن است دارای شرایط اضافی (بیماری‌هایی علاوه بر مشکل اولیه) باشند که شامل افسردگی عمده و اختلالات اضطرابی می‌شود (۹) به‌طور خلاصه اسکیزوفرنی اختلال فکر و خلق ناآرام است. این اختلال فکر به‌صورت دشواری در حفظ و تمرکز توجه در تشکیل مفاهیم، آشکار می‌شود.

مدل شناختی درمانی بر این دیدگاه مبتنی است که حالت‌های فشار آفرین نظیر افسردگی اضطراب و خشم اغلب به علت شیوه‌های تفکر سویمندانه یا اغراق آمیز تداوم یافته یا تشدید می‌شود. نقش درمانگر کمک به بیمار برای شناسایی سبک تفکر خاص خویش و تغییر آن با استفاده از شواهد و منطق است. به این ترتیب شناخت درمانی ادامه مسیر طولانی و معتبر الگوهای مبتنی بر استدلال نظیر گفتگو بر اساس منطق سقراطی و روش ارسطویی جمع آوری و طبقه‌بندی اطلاعات درباره دنیای واقعی است. مدل شناختی بر نقش محوری شناخت در هیجان و پردازش طرحواره‌ای به عنوان عامل تعیین کننده در پردازش اطلاعات، تاکید کرده و بازتاب انقلاب شناختی در حوزه روانشناسی در طول دهه ۱۹۷۰ است (۱۰).

پایه گذار رفتار درمانی شناختی، آبرون بک در اولین مطلب چاپ شده خود موردی از روان درمانی موفقیت آمیز هذیان‌ها را توضیح داده بود. با این وجود گسترش اولیه رفتار درمانی شناختی عمدتاً به روش‌های درمانی اختلالات اضطرابی و افسردگی خفیف تا متوسط تخصیص یافته بود. در اواخر دهه ۱۹۸۰ و در ادامه دهه ۱۹۹۰ به تدریج علاقه روز افزونی نسبت به درمان بیماری‌های چالش برانگیزی همچون اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و افسردگی شدید و یا مقاوم به درمان به وجود آمد. روش‌های خاص رفتار درمانی شناختی برای بسیاری از اختلالات شدید روانی به تفصیل بیان شده‌اند (۱۱).

کینگ دان و هانسن در پژوهشی نشان دادند که در بیماران سایکوتیک، تلفیق دارو درمانی و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با دارو درمانی، موجب دوام بیشتر بهبودی و کاهش عود می‌شود (۱۲). لوئیس و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند درمان شناختی رفتاری در مقایسه با سایر روان درمانی‌ها در کاهش نشانه‌های اسکیزوفرنی از جمله توهم و هذیان مؤثرتر هستند (۱۳). این نتایج با مطالعه کینگ دان و تورکینگتون بر روی ۴۲۲ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی که علاوه بر دارو ۳ ماه درمان انفرادی شناختی رفتاری را دریافت کرده و ۹ ماه مورد پیگیری قرار گرفتند، تکرار و تأیید شده است. بر اساس نتایج یک مطالعه فرا تحلیلی نیز مشخص شده است که درمان شناختی - رفتاری روان‌پریشی، بیشترین اثربخشی را در مرحله نگهدارنده درمان دارد (۱۴). امیرپور و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند درمان‌های شناختی رفتاری در کاهش اضطراب، عقاید پارانویا و هذیان‌های گزند و آسیب اثربخشی لازم را دارد و از این درمان می‌توان در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها به عنوان درمانی مؤثر برای کنترل علائم اسکیزوفرنی استفاده نمود (۱۵).

اعمال متغیر مستقل ب) پس‌آزمون: بعد از اعمال متغیر مستقل، برای سنجش علائم مثبت از مقیاس زیر استفاده شد:

مقیاس ارزیابی علامت‌های مثبت (SAPS): این مقیاس توسط اندرسون جهت ارزیابی نشانه‌های مثبت طراحی شده است. نشانه‌هایی که اساساً در اسکیزوفرنی رخ می‌دهند، این نشانه‌های مثبت شامل توهم، هذیان، رفتارهای عجیب‌وغریب و اختلال تفکر انتزاعی می‌باشند. در این مقیاس محقق جهت استفاده از این ابزار نیاز دارد که یک دوره زمانی مناسب را در نظر بگیرد. این ابزار به‌صورتی تهیه شده است که به‌طور کلی می‌تواند ماه‌های قبل از زمان ارزیابی را نیز پوشش دهد. این مقیاس از ۳۴ مورد تشکیل شده و چهار گروه علائم شامل توهمات، هذیان‌ها، رفتار عجیب‌وغریب و اختلال فرم فکر را می‌سنجد. طیف پاسخ‌ها بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای از ۰ (نبود علامت) تا ۵ (شدید) را شامل می‌شود.

استفاده از این آزمون نیاز به انجام یک مصاحبه بالینی استاندارد جهت ارزیابی علائم مثبت دارد. زمانی که اختلال تفکر انتزاعی یک نشانه مثبت مهم باشد، توصیه می‌شود که محقق جهت شناخت سبک آزمودنی در صحبت کردن و پاسخ دادن به سؤال‌ها ابتدا صحبت را در ارتباط با یک موضوع خنثی به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه آغاز کند. پس‌از آن محقق می‌تواند شروع به پرسیدن سؤال‌های خاص درباره علائم مثبت مختلف بپردازد. مواردی که می‌بایست جستجو شوند، در راهنمای مصاحبه مهیا شده‌اند. علاوه بر استفاده از یک مصاحبه بالینی، پژوهشگر بایستی از دیگر منابع اطلاعاتی نیز استفاده کند؛ مانند مشاهده مستقیم، گزارش‌های دریافت شده از خانواده آزمودنی، گزارش‌های رسیده از پرستاران و گفته‌های خود آزمودنی. عموماً آزمودنی می‌تواند در یک ارتباط مناسب در مورد اطلاعاتی متمرکز بر هذیان‌ها و توهم‌ها مورد بررسی قرار بگیرد. البته در صورتی که آزمودنی توانایی برقراری ارتباط را به‌صورت آشکار داشته باشد و نیز با انجام مصاحبه بالینی موافقت داشته باشد، بنابراین مصاحبه‌گر معمولاً می‌تواند به‌صورتی قابل‌اطمینان به مشاهده بپردازد و نیز از گزارش‌های حاصل از منابع خارجی در مرحله ارزیابی رفتارهای عجیب و علائم اختلال تفکر انتزاعی استفاده کند. در آخرین آیتم هر یک از گروه‌های اصلی علائم مثبت در یک نمره کلی تحت پوشش قرار می‌گیرند که این نمره کلی می‌بایست بر مبنای چگونگی ماهیت و شدت گونه‌های مختلف علائم مشاهده شده لحاظ شود (۲۰). پایایی این مقیاس توسط نیل و همکاران ۰/۷۹ برآورد شد، همچنین اعتبار آن ۰/۷۲ ارزیابی گردید (۲۱). یثربی همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۷ و پایایی پیش‌آزمون - پس‌آزمون آن را ۰/۸۸ و پایایی نمره گذارها را ۰/۸۷ گزارش کرده است (۲۲).

در حال حاضر درمان شناختی رفتاری که برای اسکیزوفرنی‌ها به کار می‌رود در حیطه شناختی: مرور و بازبینی شواهد برای صحت عقاید، استفاده از توضیحات جایگزین، آزمون واقعیت (۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۴) بازسازی شناختی به‌صورت سلسله مراتبی (گیت، ۲۰۰۵) و در حیطه رفتاری: آرام‌سازی (کینگ دان و تورکینگتون، ۲۰۰۶) ازجمله مؤلفه‌های درمان شناختی رفتاری می‌باشند که در درمان اسکیزوفرنی‌ها مورداستفاده قرار گرفته‌اند. در راستای این نتایج امیدبخش و حمایت‌های پژوهشی گسترده از درمان شناختی- رفتاری برای روان‌پریشی، این درمان به‌طور ثابت در کنار درمان دارویی بیماران روان‌پریش در مراکز درمانی و بیمارستان‌های روان‌پزشکی مورداستفاده قرار می‌گیرد (۱۹). متأسفانه در ایران هنوز هم تأکید عمده مداخلات درمانی در بیماران روان‌پریش بر درمان‌های دارویی است و از مداخلات غیر دارویی یا استفاده نمی‌شود یا در صورت استفاده بسیار اندک، محدود و غیراختصاصی می‌باشد و بر علائم روان‌پریشی متمرکز نمی‌شود. لذا به‌کارگیری روش‌های روان‌درمانی به‌خصوص درمان شناختی- رفتاری در قالب طرح‌های تجربی و تک آزمودنی ضروری به نظر می‌رسد لذا هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری در کاهش نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی می‌باشد.

مواد و روش کار

این تحقیق از نوع آزمایشی می‌باشد؛ که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. در این پژوهش درمان شناختی- رفتاری به‌عنوان متغیر مستقل و علائم مثبت به‌عنوان متغیر وابسته محسوب می‌شود و درمان بر روی گروه آزمایشی اعمال شد؛ اما روی گروه کنترل این درمان اعمال نشد و هر دو گروه آزمایش و کنترل تحت درمان دارویی - حمایتی به‌عنوان درمان پایه قرار گرفتند. مقیاس ارزیابی علامت‌های مثبت SAPS قبل از اعمال متغیر مستقل و بعد از اعمال آن روی آزمودنی‌ها اجرا شد.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن و مرد مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان فارابی کرمانشاه بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی انتخاب شدند و از طریق روش تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). علت انتخاب ۱۵ نفر برای هر گروه به خاطر استفاده از روش آزمایشی می‌باشد که حداقل تعداد شرکت‌کننده بایستی ۱۵ نفر باشد. آزمودنی‌های هر دو گروه در دو مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند. الف) پیش‌آزمون: قبل از

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) برای مقایسه میانگین نمرات نشانه‌های مثبت اختلال اسکیزوفرنی در دو گروه آزمایش و کنترل از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. محتوای پروتکل درمانی:

جهت تدوین و اجرای این برنامه درمانی از کتاب «درمان شناختی رفتاری برای اسکیزوفرنی» کینگدان و همکاران استفاده گردید (۲۳).

جلسه اول: اولین جلسه با معرفی درمانگر، بیان هدف درمان و جلب توجه و مشارکت بیمار آغاز شد. سپس از هر آزمودنی ارزیابی شدت نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی، به وسیله اجرای مقیاس (SAPS) به عمل آمد. به منظور ایجاد تفاهم بین درمانگر و بیماران در این جلسه عمدتاً به توصیف مطالبی در خصوص ماهیت نشانه‌های این اختلال بسنده شد.

جلسه دوم: مدل زیستی روانی شکل‌گیری اختلال اسکیزوفرنی به زبان ساده به بیماران ارائه گردید، با توضیح مؤلفه‌های جسمی و روانی بیماری به عادی‌سازی اسکیزوفرنی و برچسب زدایی از بیماران جهت کاهش استرس ناشی از برچسب اسکیزوفرنی پرداخته شد.

جلسه سوم: درمان شناختی رفتاری به عنوان درمانی مکمل بر دارودرمانی برای بیماران توصیف شد، روش‌های رفتاری تنش‌زدایی مانند، تن‌آسایی عضلانی، تنفس عمیق و نیز روش‌های حواس‌پرتی مانند تماشای تلویزیون و گوش دادن به رادیو جهت کاهش

استرس ناشی از تجربه هذیان‌ها و توهمات شنیداری به آنان آموزش داده شد.

جلسه چهارم: هذیان‌ها و توهم‌ها به عنوان خطاهای شناختی توصیف شدند و چگونگی شناسایی خطاهای شناختی مرتبط با نشانه‌های رفتاری و هیجانی بیماران به آنان آموزش داده شد.

جلسه پنجم و ششم: به تمرین ایجاد تردید و به چالش کشیدن خطاهای شناختی مرتبط با هذیان‌ها و توهم‌ها از طریق روش‌های رفتاری مانند مواجهه بیمار با واقعیت پرداخته شد.

جلسه هفتم و هشتم: از طریق روش‌های شناختی مانند ارائه تفسیرهای جایگزین برای هذیان‌ها و توهم‌ها، به تمرین ایجاد تردید و به چالش کشیدن خطاهای شناختی مرتبط با هذیان‌ها و توهم‌ها پرداخته شد. مهارت‌های تعامل اجتماعی به درمان‌جویان آموزش داده شد.

جلسه نهم و دهم: تمرین یافتن تفسیرهای جایگزین برای خطاهای شناختی و حرکت به سمت استدلال منطقی در توجیه هذیان‌ها و توهم‌ها صورت گرفت و مهارت‌های تعامل اجتماعی به آنان آموزش داده شد.

جلسه یازدهم: مهارت‌های تعامل اجتماعی به صورت ارائه الگو و اجرای نقش، تمرین گردید. راهکارهای مقابله با عود اسکیزوفرنی آموزش داده شد.

جلسه دوازدهم: پس‌آزمون اجرا شد، اهمیت ادامه دارودرمانی به آنان یادآوری شد، ختم درمان به درمان‌جویان اعلام گردید.

یافته‌ها

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانه‌های مثبت در گروه آزمایش و کنترل

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	لوین	معنی‌داری
پیش‌آزمون				
کنترل	۱۰۴/۴۰	۱۰/۹۳	۰/۰۷	۰/۵۶
آزمایش	۱۰۱/۷۳	۹/۲۶		
پس‌آزمون				
کنترل	۹۷/۰۶	۱۰/۴۷	۱/۱۲	۰/۳۲
آزمایش	۸۹/۷۳	۸/۷۶		

وابسته (پس‌آزمون) برابر با ۰/۸۳ و دارای معنی‌داری ۰/۰۰۱ بوده که این نیز یکی از پیش‌شرط‌های اجرای آزمون تحلیل کوواریانس می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود میزان تفاوت واریانس‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر اساس آزمون لوین معنی‌دار نیست، بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس برای این داده‌ها قابل اجراست. میزان همبستگی متغیر کمکی (پیش‌آزمون) با متغیر

جدول (۲): نتایج تحلیل کوواریانس برای گروه کنترل و آزمایش

منابع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری
پیش‌آزمون	۸۰/۶۱	۱	۸۰/۶۱	۱/۰۴	۰/۳۱۷
گروه	۱۲۶۸/۹۲	۱	۱۲۶۸/۹۲	۱۶/۳۴	۰/۰۰۱
خطا	۲۰۹۷/۲۵	۲۷	۷۷/۶۷		
مجموع	۲۸۲۳۰۰/۰۰	۳۰			
تصحیح کل	۳۵۱۱/۲۰	۲۹			

چنانچه در جدول (۲) دیده می‌شود تعامل بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و شرایط آزمایشی در دو گروه، دارای تفاوت معنی‌داری ($F=16/34$, $P=0/001$) می‌باشد. بنابراین میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش کاهش معنی‌داری از خود نشان می‌دهد که بیانگر تأثیر معنی‌دار درمان شناختی رفتاری در کاهش نشانه‌های مثبت اختلال اسکیزوفرنی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

بر مبنای مدل‌های رفتاری و نظریه یادگیری اجتماعی ارائه الگوهای رفتاری جدید انطباقی از طریق جلسات آموزشی و تقویت رفتاری مذکور، منجر به معکوس شدن الگوی یادگیری معیوب گذشته شده و با ارتقا سطوح رفتار به واسطه آموزش، توانایی بیمار برای کسب تقویت از روابط بین فردی و اجتماعی افزایش می‌یابد. از طرفی این مداخله درمانی با ایجاد خزانه رفتاری جدید، بیمار را قادر می‌سازد تا نیازهای خود را از طریق مناسبی برآورده سازد (۲۴).

نتایج این مطالعه نشان داد که استفاده از درمان شناختی - رفتاری باعث کاهش میزان علائم مثبت در مبتلایان به اختلال اسکیزوفرنی می‌شود. این نتیجه با یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش‌های پیشین هماهنگی دارد. تحقیقاتی مانند امیرپور و همکاران، کینگدان و همکاران، تورکینگتون و همکاران، کینگدان و همکاران، پاتریک و همکاران، تمپل و همکاران، پینتو و همکاران، پریس و همکاران، نیل و همکاران، لويس و همکاران که اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار داده‌اند (۱۵-۱۳، ۱۹، ۲۱، ۲۷-۲۵). در همین رابطه زیمرمن و همکاران در فرا تحلیلی تأیید کردند که (CBT) تأثیر مشخص و معنی‌داری را بر روی علائم اسکیزوفرنی می‌گذارد (۲۸). تحقیقاتی نیز به مقایسه درمان شناختی رفتاری با دیگر درمان‌های مطرح در

اسکیزوفرنی پرداخته‌اند که از آن جمله می‌توان اشاره کرد به کاتر و همکاران که تأثیر درمان شناختی - رفتاری کارکردی (FCBT) را در مقایسه با درمان روان آموزشی (PE) بررسی کردند. اندازه اثر درون گروهی نشان داد که درمان (FCBT) تأثیر بیشتری را در مقایسه با درمان روان آموزشی (PE) بر روی علائم مثبت می‌گذارد (۲۹) پاتل و همکاران در مطالعه خود در مقایسه با درمان (BF) و درمان دارویی - حمایتی، نشان دادند که درمان (CBT) از معنی‌داری بیشتری برخوردار است و بیشتر از آن دو درمان در کاهش شدت علائم تأثیر دارد (۳۰) ویکز و همکاران در مطالعه خود دریافتند که شناخت درمانی ترمیمی، در بهبود عملکردهای شناختی و اجتماعی مبتلایان به اختلال اسکیزوفرنی مؤثر است (۳۱) لکارد و همکاران در بررسی دیگری در همین رابطه معلوم کردند که شناخت درمانی ترمیمی، در بهبود کارکرد حافظه در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است (۲۴).

این برنامه درمانی در بیماران اسکیزوفرنی، مؤلفه‌های رفتاری و شناختی این اختلال را مورد اثر قرار می‌دهد. به‌طوری‌که در زمینه رفتاری با ارائه الگوهای مناسب، امکان اصلاح کاستی‌های رفتاری را در آنان فراهم می‌آورد، کاستی‌هایی که زمینه‌ساز انزوای هرچه بیشتر و کمتر شدن تقویت‌های اجتماعی در بیماران می‌گردد. از این‌رو این درمان رفتار نابهنجار را در این بیماران به سمت رفتاری انطباقی سوق داده و زمینه بازگشت آنان را به جامعه و ایجاد تعاملی بهتر با اطرافیان فراهم می‌آورد. چراکه با ایجاد تقویت در جهت افزایش بسامد رفتارهای بهنجار، ما شاهد ایجاد انگیزه در این بیماران برای بروز بیشتر رفتارهای بهنجار خواهیم بود؛ که این خود باعث بهبود تعامل با خانواده و اطرافیان و جامعه به‌طور کلی شده و گسترش حمایت‌های اجتماعی را در پی خواهد داشت. نشانه‌های شناختی این اختلال که شامل نقایص فراگیر در حوزه تمرکز و توجه و نیز خطاهای بارز شناختی می‌شود، توسط

توسط تحقیقات مختلف تأیید شده است اما اینکه درمان دارویی را تنها راه ممکن التیام علائم اسکیزوفرنی بدانیم به جز اینکه نقش عوامل محیطی و روانی و اجتماعی را در شکل‌گیری این اختلال انکار کرده‌ایم بلکه فرصت بازگشت توانایی‌های شناختی و رفتاری و مهارت‌های اجتماعی را در بیماران از دست داده‌ایم، چراکه اسکیزوفرنی معمولاً تباهی عملکرد کلی روان‌شناختی فرد را در پی دارد و داروها چندان در بازگرداندن این توانایی‌ها موفق نبوده‌اند. بنابراین به نظر می‌رسد برای بازپروری این توانایی‌ها نیاز به آموزش و تمرین و همکاری روان‌شناختی بیمار و درمانگر در یک جو درمانی مناسب داریم. به این ترتیب لزوم اجرای مداخلات روان‌شناختی همراه با دارودرمانی می‌تواند نویدبخش بازگشت هر چه بهتر این بیماران به جامعه باشد.

محدودیت‌ها

در این پژوهش تنها امکان دسترسی به مردان مبتلا به اسکیزوفرنی مقدور بود و بنابراین عدم شرکت زنان در این پژوهش جزو محدودیت‌های این تحقیق به شمار می‌آید. بیشتر بیماران شرکت‌کننده در این تحقیق مبتلا به اسکیزوفرنی پارانویید بودند که عدم شرکت دیگر زیرگروه‌های اسکیزوفرنی نیز از محدودیت‌های این تحقیق بود.

تشکر و قدردانی

اگر همکاری صمیمانه درمان‌جویان و کارکنان محترم بخش روان‌پزشکی مردان بیمارستان فارابی کرمانشاه نبود، بی‌شک ما در انجام این پژوهش ناتوان بودیم. بنابراین زحمات این عزیزان را ارج می‌نهم و از صمیم قلب سپاسگزاری می‌کنیم از آقایان محمدرضا عامری، بهروز امجدیان و رسول نعمتی کارشناسان محترم بخش یک مردان و دیگر دوستانی که یاریگر ما بودند.

مؤلفه‌های شناختی این درمان مورد توجه قرار گرفتند، خطاهای شناختی بیماران که بیشتر در رابطه با صداها شنیده شده و نیز هذیان‌های خاص هر بیمار بود، مورد توجه ویژه این مداخله بود. هرچند که آگاه کردن بیماران اسکیزوفرنیک نسبت به خطاهای شناختی خود و همراه کردن آنان در به چالش کشیدن آن بسیار دشوارتر و پیچیده‌تر از دیگر بیماران است، با این وجود این مداخله بردباری بیشتر بیماران را در تحمل صداها و نیز همراهی آنان در به چالش کشیدن هذیان‌ها در پی داشت. به گونه‌ای که این آمادگی زمینه مواجه رفتاری با هذیان‌های بیماران را تسهیل می‌کرد.

بهبود عملکرد بیماران در زمینه مراقبت از خود و منظم‌تر شدن الگوی خواب آنان و نیز کاهش احساس اضطراب و افسردگی از دیگر دستاوردهای این درمان بود. به طوری که در پایان درمان کیفیت سلامت عمومی در آنان رو به بهبود گذاشت. نتایج پژوهش‌هایی از این دست بیانگر این نکته است که در کنار درمان‌های دارویی که خط مقدم مقابله با اسکیزوفرنی به حساب می‌آیند، ما نیازمند اقدامات درمانی روان‌شناختی در این بیماران هستیم، تا از این طریق به بازپروری مهارت‌های از دست رفته آنان در رابطه با تعاملات اجتماعی و علاوه بر آن آموزش مهارت‌های جدید ارتباطی و نیز آموختن شیوه‌های مقابله با نشانه‌های ماندگار بیماری جهت جلوگیری از عود شدید نشانه‌ها پس از ترخیص از بیمارستان بپردازیم. چراکه درمان دارویی در بعضی موارد تسکینی موقتی بوده و بیمار در فضای خارج از بیمارستان نیاز به توانایی‌هایی اجتماعی آموخته شده جهت تعامل بهتر با جامعه و مدیریت مناسب‌تر نشانه‌های اختلال دارد.

متأسفانه فرایند درمان اسکیزوفرنی در کشور ما بیشتر شامل بستری شدن یک دوره چندهفته‌ای و تجویز داروهای ضد روان‌پریشی می‌باشد. شکی نیست که درمان دارویی خط مقدم مقابله با اسکیزوفرنی است و تأثیرگذاری این داروها بر کاهش نشانه‌ها در بیماران و کمتر کردن رنجی که آنان متحمل می‌شوند

References:

1. Rosenhan DL, Seligman R. Psychopathology II (Yahya SM). Tehran: Publications Arasbaran; 2007.
2. Bucher JN, Susan M, Holley J. Psychopathology II (Yahya SM) Tehran: Publications Arasbaran; 2007.
3. Sadock BJ, Sadock. Synopsis of Psychiatry, Volume II (Rezaee F). Tehran: Publications Arjman; 2000.
4. Lee J. A new look at working memory deficits in schizophrenia. (Dissertation). Nashville, Tennessee: Vanderbilt University; 2008.
5. 1. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. Can J Psychiatry 2002;47(9):833-43.
6. Spencer R, Nevid J. Abnormal Psychology. Prentice Hall; 1991. p. 228.

7. Sadock BJ, Sadock. Pocket Handbook of Psychiatry, (Arjmand M). Tehran: Publications Arjmand; 2010.
8. Khan A, Khan SR, Leventhal RM, Brown WA. Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the food and drug administration database. *Am J Psychiatry* 2001;158(9):1449-54.
9. Sim K, Chua TH, Chan YH, Mahendran R, Chong SA. Psychiatric comorbidity in first episode schizophrenia: a 2 year, longitudinal outcome study. *J Psychiatr Res* 2006;40(7):656-63.
10. Leahy RL. Cognitive Therapy: Basic principle and application. Northvale, NJ: Arosen; 1996.
11. Basco MR, Rush AJ. Cognitive Behavioral Therapy for bipolar disorders. 2nd ed. New York: Guilford; 2005.
12. Kingdon D, Hansen L. Cognitive therapy for psychosis. *Psychiatry* 2009; (6): 362-6.
13. Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *Br J Psychiatry Suppl* 2002;43:s91-97.
14. Kingdon DG, Turkington D. The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. Preliminary report. *J Nerv Ment Dis* 1991;179(4):207-11.
15. Amir Pour Lm, Tabatabaei M, Modares Ghrori M, Hasan Abadi H. The efficacy of cognitive-behavioral techniques in the treatment of anxiety and persecutory beliefs Paranoid and delusions and paranoid schizophrenic patients harm. *J Clin Psychol* 2010; 2 (6): 26-11. (persian)
16. Alford BA. Behavioral treatment of schizophrenic delusions: A single-case experimental analysis. *Behav Ther* 1986; (17): 637-44.
17. Kinderman P, Bentall RP. Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation. *J Abnorm Psychol* 1996; 105 (1): 106-13.
18. Pinto A, La Pia S, Mennella R, Giorgio D, DeSimone L. Cognitive-behavioral therapy and clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatry Serv* 2003; 50(7): 901-4.
19. Peris K, Mac Gory p. Cognitive psychotherapy of psychotic patients. Mashhad: Publishing Beh Nashr; 2003.P. 336-80.
20. Andreasen N. Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City: University of Iowa; 1984.
21. Rector NA, Seeman MV, Segal ZV. Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. *Schizophr Res* 2003;63(1-2):1-11.
22. Yasrebi K. Effectiveness of psychosocial and social rehabilitation of mental functions - socially patients with chronic schizophrenia. psychosocial (rehabilitation programs - Social consistent with the clinical situation in Iran). (Dissertation). University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2007. (persian)
23. Kingdon DG, Turkington D, Beck AT. Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia. New York: Guilford Press; 2002.
24. Lecardeur L, Stip E, Giguere M, Blouin G, Rodriguez J-P, Champagne-Lavau M. Effects of cognitive remediation therapies on psychotic symptoms and cognitive complaints in patients with schizophrenia and related disorders: a randomized study. *Schizophr Res* 2009;111(1-3):153-8.
25. Turkington D, Sensky T, Scott J, Barnes TRE, Nur U, Siddle R, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up. *Schizophr Res* 2008;98(1-3):1-7.

26. Bell V, Halligan PW, Ellis HD. Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends Cogn Sci (Regul Ed)* 2006;10(5):219–26..
27. Temple S, Ho B-C. Cognitive therapy for persistent psychosis in schizophrenia: a case-controlled clinical trial. *Schizophr Res* 2005;74(2-3):195–9.
28. Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2005;77(1):1–9.
29. Cather C, Penn D, Otto MW, Yovel I, Mueser KT, Goff DC. A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fCBT) for schizophrenia. *Schizophr Res* 2005;74(2-3):201–9.
30. Patel A, Knapp M, Romeo R, Reeder C, Matthiasson P, Everitt B, et al. Cognitive remediation therapy in schizophrenia: cost-effectiveness analysis. *Schizophr Res* 2010;120(1-3):217–24.
31. Wykes T, Newton E, Landau S, Rice C, Thompson N, Frangou S. Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: an exploratory randomized controlled trial. *Schizophr Res* 2007;94(1-3):221–30.

EFFECTS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY ON POSITIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA

Javad Mohammadi^{1*}, Mohamad Narimani², Mohammad Javad Bagyan³, Mohsen Dereke⁴

Received: 7 Feb , 2014; Accepted: 15 April , 2014

Abstract

Background & Aims: Schizophrenia is one of the commonest disorders in the world. In spite of medical treatments, it is better to focus on the Cognitive-Behavioural Therapy to reach the pleasant effects; these treatments are known treatments on the patient positive signs.

Materials & Methods: This study is semi-experimental, and the research plan, pretest, and posttest are used to the control groups. The society of the study includes all women and men who have schizophrenia in the Farabi hospital in Kermanshah. They are chosen intentionally including 30 persons, they are divided into two equal groups n=15 experiment, n=15 control. Both groups were testified by SAPS pretest, then the experience group participated in two sessions of classes in the light of the cognitive behavioral treatment. The data was analyzed by statistical method (ANCOVA).

Results: After passing the twelve sessions, the experience group showed significantly positive signs compared with the control group. ($P < 0.00$)

Conclusion: Cognitive-Behavioural Therapy proved to influence treatment in decreasing positive signs of schizophrenia.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Schizophrenia disorder, Positive Symptoms

Address: Psychology Department, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran,

Tel: 0451-551208190

Email: javad.m60@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2014; 25(3): 190 ISSN: 1027-3727

¹ Master in Clinical Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran (Corresponding Author)

² Professor in Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

³ Master in Clinical Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

⁴ Master in Clinical Psychology, Payam Noor University