

Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Positive Symptoms of Schizophrenia

Hossein Hosaini¹,
Mostafa Akbari²,
Javad Mohamadi³

¹ MSc Student in Psychiatry, Faculty of Social Medicine, Kermanshah if Razi University, Kermanshah, Iran

² Department of Psychiatry, Faculty of Social Medicine, Kermanshah if Razi University, Kermanshah, Iran

³ MSc in Psychiatry, University of Payamnoor, Kermanshah, Iran

(Received July 11, 2013 ; Accepted September 4, 1013)

Abstract

Background and purpose: Together with drug treatment can be benefited of Cognitive-behavioral therapy improvement in people with schizophrenia. This study investigates the impact of cognitive-behavioral therapy on patients with positive symptoms of schizophrenia.

Materials and methods: The study population includes all women and men who have schizophrenia in the Farabi Hospital in Kermanshah. They were randomly chosen including 31 persons, they were divided into two equal groups. (Control groups n=51 experimental, n=51). Both groups were tested by the test case SAPS. Then, the test group for 51 sessions According to the treatment protocol was the cognitive-behavioral therapy After the intervention, the incoming data using analysis of covariance (ANCOVA) was analyzed.

Results: After two sessions, the experience group showed positive signs less than the controlling group meaningfully ($P < 0.001$).

Conclusion: It means that the behavioral-knowing treatments are known as the influencing treatment to decrease the positive signs of schizophrenia

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Schizophrenia disorder, Positive Symptoms

بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر نشانه های مثبت اختلال اسکیزوفرنی

حسین حسینی^۱
مصطفی اکبری^۲
جواد محمدی^۳

چکیده

سابقه و هدف: همراه با درمان های دارویی می توان از درمان های شناختی- رفتاری در بهبود افراد مبتلا به اسکیزوفرنی بهره برد. پژوهش حاضر به بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر نشانه های مثبت بیماران بستری مبتلا به اسکیزوفرنی پرداخته است.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر آزمایشی تجربی و طرح پژوهش، پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان و مردان بستری مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستان فارابی کرمانشاه می باشد که به صورت نمونه گیری تصادفی ساده ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب گردید و به دو گروه مساوی (۱۵ نفر) آزمایش و کنترل تقسیم شدند. هر دو گروه توسط آزمون SAPS مورد پیش آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه مورد درمان شناختی- رفتاری با استفاده از پروتکل درمانی قرار گرفت. بعد از مداخله داده های دریافتی با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس (ANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: تحلیل داده ها نشان داد که پس از ۱۲ جلسه اجرای درمان شناختی- رفتاری بر روی گروه آزمایش، میانگین نمرات علائم مثبت گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری ($p < 0/001$) کاهش یافت.

استنتاج: با توجه به یافته های پژوهش می توان از روش درمان شناختی- رفتاری در بهبود نشانه های مثبت در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی استفاده کرد.

واژه های کلیدی: اسکیزوفرنی، درمان شناختی رفتاری، نشانه های مثبت

مقدمه

شیوه ارتباط برقرار کردن با دیگران از آن جمله است. این اختلال ناتوان کننده معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل جوانی پدیدار گردیده، روند اجتماعی شدن و رشد مهارت های زندگی را مختل نموده و سبب افزایش انزوای اجتماعی و ناکامی در ایفای نقش های اجتماعی

هیچ اختلال روانی، پیچیده تر و عجیب تر از اسکیزوفرنی وجود ندارد. اسکیزوفرنی یک اختلال واحد نیست، بلکه مجموعه ای از روان پریشی هاست (۱). که با مجموعه ای از نشانه های مختلف مشخص می شود که غرابت شدید در ادراک، تفکر، عمل، خودپنداره و

E-mail: hosain.hosaini63@yahoo.com

مؤلف مسئول: حسین حسینی - کرمانشاه: دانشگاه رازی کرمانشاه

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده پزشکی اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۳. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۴/۲۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۵/۱۶ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۶/۱۳

می‌گردد(۱). به دلیل شیوع زودرس بیماری و ایجاد اختلال در همه عمر و نیاز به مراقبت‌های پیوسته و پیگیر، اختلال یاد شده هزینه هنگفت و فزاینده‌ای را بر سامانه بهداشتی- روانی وارد می‌کند. به طوری که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی همواره نیمی از تخت‌های بیمارستان‌های روان‌پزشکی را اشغال می‌کنند(۲). این بیماری اغلب به عنوان توهم‌های شنیداری، پارانوئید یا هذیان‌های عجیب و غریب یا صحبت کردن و تفکر در هم ریخته با اختلال قابل توجه در عملکرد شغلی یا اجتماعی پدیدار می‌شود که سالیانه ۱ درصد از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۳). تشخیص آن بر اساس تجارب خود سنجی بیمار و رفتار مشاهده شده می‌باشد(۴).

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 نمی‌باشد (قبلاً به عنوان اختلال شخصیتی چندگانه یا شخصیت چندگانه شناخته شده است) بلکه شرایطی است که در آن، اغلب پریشانی و آشفتگی وجود دارد(۵). برخی از سیستم‌های طبقه‌بندی اسکیزوفرنی را بر اساس وجود علائم مثبت و منفی طبقه‌بندی می‌کنند. علائم منفی عبارتند 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 عبارتند 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. برنامه درمانی بیماران روان‌گسیخته 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 توانبخشی است(۶).

با وجود تلاش‌های گسترده تحقیقاتی در زمینه درک ژنتیک و اساس زیست‌شناختی اسکیزوفرنی و با وجود گذشت بیش از پنج دهه از تولید داروهای جدید برای این بیماری، داروشناسی روانی نتوانسته تاکنون راه حل کاملی برای اختلالات شدید روانی ارائه دهد. شکست‌های درمانی، علایم باقی‌مانده، ازمان بیماری و موارد بازگشت بیماری شایع هستند. برای مثال میزان بهبودی علایم مثبت اسکیزوفرنی با داروهای ضد روان‌پریشی به طور مشخص کم‌تر از ۲۰ درصد است(۷). این اختلال عمدتاً شناخت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در مشکلات رفتاری و احساسی نیز دخیل است. افراد دارای علایم اسکیزوفرنی ممکن است دارای شرایط اضافی (بیماری‌هایی علاوه بر مشکل اولیه) باشند که شامل افسردگی عمده و اختلالات اضطرابی می‌شود(۸). به‌طور خلاصه اسکیزوفرنی اختلال فکر و خلق ناآرام است. این اختلال فکر به صورت 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 گفت و گو بر اساس منطق سقراطی و روش ارسطویی جمع‌آوری و طبقه‌بندی اطلاعات درباره دنیای واقعی است. مدل شناختی بر نقش محوری شناخت در هیجان و پردازش طرحواره‌ای به عنوان عامل تعیین‌کننده در پردازش اطلاعات، تأکید کرده و بازتاب انقلاب شناختی در حوزه روان‌شناسی در طول دهه ۱۹۷۰ است(۹).

پایه‌گذار رفتار درمانی شناختی، آبرون بک (۱۹۵۲) در اولین مطلب چاپ شده خود موردی از روان‌درمانی موفقیت‌آمیز 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 (۱۰).

گینگدان و هانسن (۲۰۰۹) 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 (۱۱). گراهام و هال (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای دریافتند درمان شناختی رفتاری در مقایسه با سایر روان‌درمانی‌ها در کاهش نشانه‌های اسکیزوفرنی از جمله توهم و هذیان مؤثرتر هستند (۱۲). این نتایج با مطالعه کینگ دان و تور کینگتون (۲۰۰۶) 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 روان پریشی، بیش‌ترین اثر بخشی را در مرحله نگهدارنده درمان دارد (۱۳).

امیر پور و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای دریافتند درمان‌های شناختی رفتاری در کاهش اضطراب، عقاید پارانویا و هذیان‌های گزند و آسیب اثر بخشی لازم را دارد و از این‌ها می‌توان در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها به عنوان درمانی مؤثر برای کنترل علائم اسکیزوفرنی استفاده نمود (۱۴).

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 بازسازی شناختی به صورت

سلسله مراتبی (گیت، ۲۰۰۵) و در حیطه رفتاری: آرام سازی (کینگ دان و تور کینگتون، ۲۰۰۶) از جمله مؤلفه‌های درمان شناختی رفتاری می‌باشند که در درمان اسکیزوفرنی‌ها مورد استفاده قرار گرفته‌اند (۱۸-۱۵). در راستای این نتایج امید بخش و حمایت‌های پژوهشی گسترده از درمان شناختی- رفتاری برای روان پریشی، این درمان به طور ثابت در کنار درمان دارویی بیماران روان‌پریش در مراکز درمانی و بیمارستان‌های روان پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۹). متأسفانه در ایران هنوز هم تأکید عمده مداخلات درمانی در بیماران روان پریش بر درمان‌های دارویی است و از مداخلات غیر دارویی یا استفاده نمی‌شود یا در صورت استفاده بسیار اندک، محدود و غیر اختصاصی می‌باشد و بر علائم روان پریشی متمرکز نمی‌شود. لذا به کارگیری روش‌های روان‌درمانی به خصوص 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 روش‌ها

پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران زن و مرد مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان فراهی کرمانشاه بود. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شد و از طریق روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. محدوده سنی شرکت‌کنندگان ۳۵ تا ۶۱ سال بود. جلسات درمان شامل دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در هفته بود. در طول مدت درمان، شرکت‌کنندگان از هیچ درمان دارویی استفاده نکردند (داروی درمانی ویژه اسکیزوفرنی). پس از مداخله و پس از پایان جلسات درمانی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد، داده‌های دریافتی با آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی

کوواریانس با استفاده از نرم افزار آماری SPSS19 مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار

مقیاس ارزیابی علامت‌های مثبت (SAPS): این مقیاس جهت ارزیابی نشانه‌های مثبت توسط اندرسین (۱۹۸۴) طراحی شده است. نشانه‌هایی که اساساً در اسکیزوفرنی رخ می‌دهند. شامل سی سؤال است، نشانه‌های مثبت شامل توهم، هذیان، رفتارهای عجیب و غریب و اختلال تفکر انتزاعی را می‌سنجد. شیوه نمره‌گذاری به روش لیکرتی شش درجه‌ای (از ۱- هیچ تا ۶= شدید) است. در این مقیاس محقق جهت استفاده از این ابزار نیاز دارد که یک دوره زمانی مناسب را در نظر بگیرد. این ابزار به صورتی تهیه شده است که به طور کلی می‌تواند ماه‌های قبل از زمان ارزیابی را نیز پوشش دهد. استفاده از این آزمون نیاز به انجام یک مصاحبه بالینی استاندارد جهت ارزیابی علایم 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 سوال‌ها ابتدا صحبت را در ارتباط با یک موضوع خنثی به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه آغاز کند. پس از آن محقق می‌تواند شروع به پرسیدن سوال‌های خاص درباره علایم مثبت مختلف پردازد. مواردی که می‌بایست جست و جو 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 به صورت آشکار داشته باشد و نیز با انجام مصاحبه بالینی موافقت داشته باشد. بنابراین

مصاحبه‌گر معمولاً می‌تواند به صورتی قابل اطمینان به مشاهده پردازد و نیز از گزارش‌های حاصل از منابع خارجی در مرحله ارزیابی رفتارهای عجیب و علایم اختلال تفکر انتزاعی استفاده کند. در آخرین آیتم هر یک از گروه‌های اصلی علایم مثبت در یک نمره کلی تحت پوشش قرار می‌گیرند که این نمره کلی می‌بایست بر مبنای چگونگی ماهیت و شدت گونه‌های مختلف علایم مشاهده شده لحاظ شود. پایایی این مقیاس ۰/۷۹ برآورد شد، هم‌چنین اعتبار آن ۰/۷۲ ارزیابی گردید (۲۰). در نمونه ایرانی میانگین ضریب پایایی این مقیاس با دو روش آزمون بار آزمون و همسانی درونی معادل ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. هم‌چنین میانگین ضریب پایایی را ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند (۲۱).

محتوای پروتکل درمانی

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، بوسیله اجرای مقیاس SAPS به عمل آمد. به منظور ایجاد راپورت بین درمانگر و بیماران در این جلسه عمدتاً به توصیف مطالبی در خصوص ماهیت نشانه‌های این اختلال بسنده شد.

جلسه دوم: با توجه به مطالب ارائه شده در جلسه قبل و آشنایی نسبی بیماران با بحث هذیان‌ها و توهم‌ها که بیش‌ترین تمرکز درمان بر روی آن‌ها قرار داشت به درمان‌جویان راه کارهایی برای کاهش برانگیختگی و آموزش مهارت‌های ساده‌ای برای تنش‌زدایی همانند تنفس عمیق، آموخته شد تا از این طریق بتوانند میزان تنشی را که در اثر تجربه هذیان‌ها و توهم‌ها تحمل می‌کنند کاهش دهند.

جلسه سوم: این جلسات بیش‌تر معطوف به این قضیه بود که بیماران بتوانند با تنش‌های ناشی از تجربه نشانه‌ها بهتر کنار بیایند و سعی شد به آن‌ها تفهیم شود که مقداری از نقصان‌های ایجاد شده در عملکرد روانی

جلسه نهم و دهم: در این مرحله از درمان تمرکز اصلی بر طرح سوالات پیرامون توهم‌ها و هذیان‌ها متمرکز بود. پس از مرور بحث‌های عنوان شده در جلسات قبل، درمانگر به توصیف تفسیرهای غیر منطقی که بیماران از علایم خود به عمل می‌آورند پرداخت و تأکید شد که همین تفسیرهای نادرست باعث ایجاد احساسات منفی در بیمار می‌شود. در این دوره بایستی به درمانجو کمک شود تا تفسیرهای جایگزینی از موقعیت ارائه کند. یعنی از او خواسته می‌شود تا تلاش کند به توجیحات جایگزینی برای توهم‌ها و هذیان‌های خود بیاندیشد.

جلسه یازدهم: طی این جلسه علاوه بر پیگیری مباحث قبلی، سعی شد به بیماران تفهیم شود که پس از پایان زمان بستری و مراجعه به منزل، در صورت عود مجدد علایم، چگونه می‌توانند از راهبردهای آموخته شده در این درمان استفاده کنند.

جلسه دوازدهم: در جلسه پایانی مداخله از بیماران، پس از موعود به عمل آمد و با آنان راجع به احتمال عود مجدد نشانه‌ها پس از قطع درمان و نیز راجع به تکمیل بودن این درمان نسبت به درمان دارویی و نیاز به پیگیری تجویزهای پزشکی در دوره پس از بهبود تأکید شد.

یافته ها

در جدول شماره ۱ یافته های توصیفی متغیرهای مورد بررسی شامل میانگین و انحراف استاندارد و دامنه نمرات آمده است.

جدول شماره ۱: یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش

دامنه نمرات	انحراف معیار \pm میانگین	نوع علائم	متغیر
۰-۲۵	$۹/۹۴ \pm ۳/۱۱$	توهم	علایم مثبت
۰-۶۵	$۱۶/۶۹ \pm ۵/۸۶$	هذیان	
۰-۲۵	$۵/۱۱ \pm ۲/۴۹$	رفتار غریب	
۰-۴۵	$۱۸/۱۶ \pm ۷/۳۳$	اختلال تفکر بی‌صوری	

و اجتماعی آن‌ها به علت احساس انزوا و تنهایی است که آن‌ها پس از تجربه نشانه‌ها تحمل می‌کنند. در همین زمینه از آن‌ها خواسته شد تا متناسب با توانایی هر بیمار روش‌های ساده و قابل وصولی برای کاهش تنش و ناراحتی خود به کار ببرند.

جلسه چهارم: در آغاز این جلسه نیز مانند جلسات قبل مطالب ذکر شده مرور شده و از هر بیمار خواسته شد، به یک یا چند مورد از موقعیت‌هایی که توانسته بود از میزان تنش خود در حین تجربه نشانه‌های مثبت بکاهد اشاره کند. سپس درمانگر به طرح سوالاتی پیرامون هر کدام از توهم‌ها یا هذیان‌های خاص هر بیمار پرداخت. درمانگر از درمان‌جویان خواست تا به آن قسمت از هذیان‌ها و توهم‌ها که به آن اطمینان کامل ندارند توجه بیشتری کنند و تلاش کنند تا به صورت تدریجی آن‌ها را در چرخه ذهنی افکار خود به چالش بکشند.

جلسه پنجم و ششم: در این جلسات از بیمار خواسته شد تا به محک زدن توهم‌ها و یا هذیان‌های خود بپردازند که این کار البته برای هر بیمار متناسب با نوع و ماهیت نشانه او انجام گردید. از هر یک از بیماران خواسته شد آخرین موقعیتی که نشانه‌ها را تجربه کرده بودند را بیان کنند و میزان انطباق با واقعیت آن را مورد آزمایش قرار دهند و سپس بیان کنند با استفاده از رویارویی با آن موقعیت چگونه می‌توانند بر آن غلبه کنند یا مقداری از قطعیت اعتقاد خود نسبت به آن علامت را مورد کاوش و تردید قرار دهند.

جلسه هفتم و هشتم: طی این جلسات سعی شد تا با استفاده از زبانی ساده و با استفاده از عدم قطعیتی که در بیمار نسبت به نشانه‌ها ایجاد شده بود، به بحث و گفت و گو راجع به تحریف‌های شناختی که مبنای ایجاد نشانه‌ها در بیماران می‌شود پرداخته شود. به این منظور از بیماران خواسته شد تا میزان اعتقاد خود به واقعی بودن هذیان‌ها و توهم‌ها در حال حاضر را نسبت به زمان آغاز درمان بسنجند.

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین ها در دو گروه کنترل و گواه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین
پیش آزمون	کنترل	۱۰۴/۴۰ ± ۱۰/۹۳
	آزمایش	۱۰۴/۷۳ ± ۹/۲۶
پس آزمون	کنترل	۹۷/۰۶ ± ۱۰/۴۷
	آزمایش	۸۹/۷۳ ± ۸/۷۶

همان گونه که در جدول شماره ۵ دیده می شود تعامل بین پیش آزمون و پس آزمون و شرایط آزمایشی در دو گروه، دارای تفاوت معنی داری می باشد ($p < 0/01$). مقدار مجذور اتا ۰/۴۸ است، یعنی ۰/۴۸ درصد از تغییرات نمره های اسکیزوفرنی ناشی از روش اجرای درمانی می باشد. بنابراین میانگین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش کاهش معنی داری از خود نشان می دهد که بیانگر تأثیر معنی دار درمان شناختی رفتاری در کاهش نشانه های مثبت اختلال اسکیزوفرنی می باشد.

بحث

یافته های پژوهش نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر کاهش نشانگان مثبت اسکیزوفرنی مؤثر است. در هنگام به کارگیری تکنیک های شناختی در مورد مبتلایان به این اختلال بایستی به چند عامل توجه کرد. یک نکته مهم توجه به سطح رشد هوشی بیمار است. زیرا این عامل بر توانایی تفکر انتزاعی و تحلیلی اثر می گذارد. به طور کلی برای درمانجویان اسکیزوفرن در مقایسه با سایر درمانجویان، تفکر تحلیلی و به ویژه تحلیل خود، فرآیندهای نسبتاً جدیدی هستند که انتظار می رود

باتوجه به جدول شماره ۲ بیشترین تعداد شرکت کنندگان در پژوهش ۵۰ درصد دارای مدرک سیکل یا پایین تر و کمترین افراد ۲۴ درصد دارای مدرک دانشگاهی بودند.

در جدول شماره ۳ ویژگی ای جمعیت شناختی شامل سن، تأهل و نوع شروع اسکیزوفرنی آمده است.

جدول شماره ۲: ویژگی های جمعیت شناختی (تحصیلات) شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)
تحصیلات	بیسواد تا سیکل ۱۵ (۵۰)
	سیکل تا دیپلم ۸ (۲۶)
	دانشگاهی ۷ (۲۴)

جدول شماره ۳: ویژگی های جمعیت شناختی (سن، تأهل و نوع شروع اسکیزوفرنی) شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	زن ۱۲ (۴۰)
	مرد ۱۸ (۶۰)
تاهل	متاهل ۱۹ (۶۳)
	مجرد ۰/۱۱ (۳۷)
نوع اسکیزوفرنی	حاد ۱۱ (۳۶)
	مزمن ۱۹ (۶۴)

همان طور که در جدول شماره ۴ آمده است میانگین نمره پیش آزمون در گروه آزمایش ۱۰۱/۷۳ پس از مداخله در پس آزمون به ۸۹/۷۳ کاهش پیدا کرده است که تفاوت معنی داری می باشد ($p < 0/01$). اما میانگین گروه کنترل در پیش آزمون ۱۰۴/۴ است که در پس آزمون ۹۷/۰۹ می باشد که این تفاوت معنی دار نیست.

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کوواریانس برای گروه کنترل و آزمایش

منابع تغییرات	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
مدل تصحیح شده	۱۴۱۳/۹۴	۲	۷۰۶/۹۷	۹/۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸
عرض از مبدا	۱۶۶۱/۵۳	۱	۱۶۶۱/۵۳	۲۱/۳۹	۰/۰۰۱	
پیش آزمون	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	۳۰				
تصحیح کل	۳۵۱۱/۲	۲۹				

در اعمال این شیوه‌های درمانی به مراحل ساده‌تری تقسیم شوند تا بیماران بتوانند به سادگی از آن‌ها استفاده کنند، از این رو بهترین کار این است که ذهن بیماران را با مفاهیم انتزاعی پر نکرد. موضوع مهم دیگر تفاوت‌های فردی درمان بیماران در توانایی تحلیل خود است که می‌تواند بر نتیجه درمان مؤثر باشد. نکته قابل توجه دیگر، فقدان انگیزه کافی برای تحلیل خود و درون‌نگری در این دسته از بیماران است. برخی از آنان تمایلی به درون‌نگری ندارند و به همین دلیل، بیش‌تر علاقه و تمایل دارند به یک رویکرد رفتاری عملگرا و مستقیم واکنش نشان دهند بنابراین بهتر است در جلسات ابتدایی عمدتاً به ایجاد انگیزه درمانی در بیماران توجه کرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که از آنجایی که بیماران در بیمارستان بستری بودند ممکن است فضای بیمارستانی و وجود پرستاران و دکترها در کنار شرکت کنندگان، یافته‌های پژوهش را تحت تأثیر خود قرار داده باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر هر دو نشانگان (مثبت و منفی) اسکیزوفرنی بررسی شود.

نتایج نشان داد که استفاده از درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش میزان علائم مثبت در مبتلایان به اختلال اسکیزوفرنی می‌شود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت در روش تغییر باور، بیمار در معرض تعلیم راهبردهایی برای به بحث کشیدن هذیان‌ها و توهم‌های خود می‌شود. بدین شکل که ابتدا اطلاعاتی در مورد موقعیت‌های تسهیل کننده ظهور این علائم ارائه می‌شود. همان‌گونه که پیش‌تر ذکر شد این نشانه‌ها می‌توانند به نوعی روش‌های مقابله‌ای با شرایط بحرانی زندگی به حساب آیند که فرد بیمار با توسل به آن‌ها می‌خواهد خود را از دسترس تنش‌هایی که توان تحمل آن‌ها را ندارد به دور دارد اما از آنجا که این روش مقابله ناکارآمد بوده، پس از مدتی خود این روش‌های مقابله به مشکل اصلی بیمار تبدیل می‌شوند. این نتیجه با

یافته‌های به دست آمده از پژوهش‌های پیشین هماهنگی دارد. مانند تحقیقی که بر روی نشانه‌های مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی صورت گرفت و تأثیر درمان شناختی با درمان دارویی حمایتی مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج این تحقیق تأیید کرد که درمان شناختی توانایی بالقوه‌ای به عنوان یک درمان مکمل را دارد (۲۲). هم‌چنین تحقیقی بر روی تأثیر درمان شناختی- رفتاری کارکردی، نشان داد که درمان فوق تأثیر بیش‌تری را در مقایسه با درمان روان آموزشی بر روی علائم مثبت می‌گذارد و در فراتحلیلی در همین رابطه، نتیجه به دست آمده نشان داد که درمان شناختی- رفتاری تأثیر مشخص و معنی‌داری را بر روی علائم اسکیزوفرنی می‌گذارد (۲۴، ۲۳). در مطالعه‌ای که به مقایسه درمان شناختی- رفتاری و درمان دارویی- حمایتی پرداخت، نشان داده شد که درمان شناختی- رفتاری از معنی‌داری بیش‌تری برخوردار است و بیش‌تر از آن دو درمان در کاهش شدت علائم تأثیر دارد هم‌چنین در تحقیقی مشخص شد که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند در کاهش نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی مؤثر باشد (۲۵).

در مطالعه‌ای دیگر تأیید شد که شناخت درمانی ترمیمی، در بهبود عملکردهای شناختی و اجتماعی مبتلایان به اختلال اسکیزوفرنی مؤثر است و در بررسی دیگری در همین رابطه معلوم شد که شناخت درمانی ترمیمی، در بهبود کارکرد حافظه در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است هم‌چنین پژوهشی دیگر نشان داد که درمان شناختی رفتاری، در کاهش نشانه‌های کلینیکی اختلال اسکیزوفرنی تأثیر دارد (۲۶). از آنجایی که در درمان شناختی- رفتاری به کار گرفته شده در این مطالعه به منظور کاهش نشانه‌های مثبت، عمدتاً از دو تکنیک تغییر باور و مواجهه بهره گرفته شده بود، بنابراین بایستی به اجزای اصلی این دو تکنیک که باعث کاهش میزان علائم مثبت در این اختلال شده است، توجه داشت.

از نتایج حاصل از این پژوهش چنین بر می‌آید که

رویارویی مستقیم و به چالش کشیدن مستقیم نشانه‌ها احترام می‌شود، بیش‌تر بیماران تا میزان قابل توجهی مباحث ذکر شده را درک کرده و فهمیده‌اند. هم‌چنین با ادامه جلسات انگیزه اعضای گروه به شرکت در جلسات بیش‌تر شد. تا حدی که بیماران گروه آزمایش، اغلب تمایل خود را به تشکیل جلسات بیش‌تر بیان می‌نمودند.

درمان شناختی- رفتاری که در طی آن به بحث‌های شناختی نظیر ارائه توصیف در مورد ماهیت هذیان‌ها و توهم‌ها، کمک به بیمار جهت شناسایی روش‌های به چالش کشیدن آن‌ها و تصمیم‌گیری درست در قبال میزان صحت آن‌ها، با آن‌که برای این دسته از بیماران ثقیل به نظر می‌رسد اما با توجه به این‌که در این روش از

References

- Rosenhan DL, Seligman R, Seyed Mohamadi Y. Abnormal Psychopathology. Tehran: Savalan, Arasbaran; 2007. (Persian).
- Sadock BJ, Sadock. Synopsis of Psychiatry. Volume II. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000.
- Lee J. A new look at working memory deficits in schizophrenia. [PhD Thesis]. Nashville, Tennessee: Vanderbilt University; 2008.
- 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): 833-843.
- Spencer AR, Nevid JS. Abnormal Psychology. New Jersey: Prentice Hall; 1991.
- Khan A, Khan SR, Leventhal RM, Brown WA. Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trial: and analysis of the food and drug administration database. Am J Psychiatry 2001; 1(58): 1449-1454.
- 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): 656-663.
- Leahy RL. Cognitive Therapy: Basic principle and application. Northvale, NJ: Aronson; 1996.
- Basco MR, Rush AJ. Cognitive-Behavioral Therapy for bipolar disorder. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2005.
- Kingdon D, Hansen L. Cognitive Behavior Therapy for People with Schizophrenia. Psychiatry 2009; 6(12): 32-39.
- Kingdon DG, Turkington D. The use of cognitive behaviour therapy with a normalizing rationale in schizophrenia Preliminary report. J Nerv Ment Dis 2006; 179(4): 207-211.
- Amir Pour L, Tabatabaei M, Modares Gharavi M, Hasan Abadi H. The efficacy of cognitiveness of anxiety-Reduction Cognitive-behavioral techniques in treating of anxiety and persecutory beliefs Paranoid paranoid Ideation and Persecutory Delusions in Two patients with Paranoid schizophrenia. J Clin Psychol 2010; 2(6): 11-26.
- Alford BA. Behavioral treatment of schizophrenic delusions: A single-case experimental analysis. Behav Therapy 1986; 17: 637-644.
- Kinderman P, Bentall RP. Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation. J Abnorm Psychol 1996; 105(1): 106-113.
- Pinto A, La Pia S, Mennella R, Giorgio D, DeSimone L. Cognitive-behavioral therapy and clozapine for clients with treatment-

- refractory schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50(7): 901-904.
16. Rector NA, Seeman MV, Segal ZV. Cognitive therapy for schizophrenia: A preliminary randomized controlled trial. *Schizophr Res* 2003; 63(1-2): 1-11.
17. Zadeh Mohammadi A, Heydari M, Majd taymuri M. Effects of music therapy on positive and negative symptoms of schizophrenia. *Psychology* 2001; 5(3): 231-249 (Persian).
18. Temple S, HO BC. Cognitive therapy for persistent in schizophrenia: a case-controlled clinical trial. *Schizophr Res* 2005; 74(2-3): 195-199.
19. 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): 201-209.
20. 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.
21. 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): 217-224.
22. Bell V, Halligan PW, Ellis HD. Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends Cogn Sci* 2006; 10(5): 219-226.
23. Wykes T, Newton E, Iandau 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): 221-230.
24. Lecardeur L, Stip E, Giguere M, Blouin G, Rodriguez JP, Champagne Iavau M. Effect 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): 153-158.
25. Turkington D, Senskey T, Scott J, Re Barnes TR, 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. Sobhani M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy In patients with schizophrenia e Master's Theses. Islamic Azad University of Karaj. 2009. (Persian).