

اثربخشی فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب در درمان عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند

و آسیب دو بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید

The Effectiveness of Anxiety-Reduction Cognitive-Behavioral Techniques in Treating Paranoid Ideation and Persecutory Delusions in Two Patients with Paranoid Schizophrenia

تاریخ پذیرش: ۸۹/۷/۲۴

تاریخ دریافت: ۸۹/۳/۸

Amirpour, L.*M. A., Tabatabaee, M. Ph. D.,
Modares-Gharavi, M. Ph.D., Hasanabadi, H. Ph. D.

لیلا امیرپور*، محمود طباطبایی**،

مرتضی مدرس غروی**، حسین حسن آبادی***

Abstract

Introduction: Paranoia and anxiety have cognitive similarities that have led to the development of a brief treatment for paranoia that is modeled on treatments for anxiety.

Method: Two patients with paranoid schizophrenia were selected non randomly. SCID, IS and Psychiatric diagnosis was applied. Participants were assessed at baseline, post-treatment, and 45 days follow up by using Insight Scale (IS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), and Daily Rating Paranoid Belief and Persecutory Delusion. A multiple based-across-subjects design was used. Data was inspected by figures.

Results: Results indicated reduction of paranoid ideations, persecutory delusions, anxiety, and depression by Patient "A", and in paranoid ideations and anxiety by Patient "B". In 45 days follow up assessment Patient "A" continued the reduction of paranoid ideations, persecutory delusions and anxiety.

Conclusion: Anxiety-reduction techniques in cognitive-behavioral therapy is affective in reduction of paranoid ideations, persecutory delusions and anxiety associated with them.

Keywords: Anxiety-reduction techniques in cognitive-behavioral therapy, paranoid ideations, persecutory delusions.

چکیده

مقدمه: پارانویا و اضطراب جنبه‌های شناختی مشترکی دارند که این شباهت‌ها به ظهور درمان‌های کوتاه مدتی منجر شده است که بر اساس درمان‌های اضطراب طرح ریزی شده‌اند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب در درمان عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید انجام شد.

روش: ۲ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از طریق مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ی SCID، تشخیص روان‌پزشک و اجرای مقیاس بینش (IS) انتخاب شدند. از مقیاس بینش، مقیاس کوتاه ارزیابی روان‌پزشکی (BPRS)، نمره‌گذاری روزانه‌ی عقاید پارانوئید و هذیان گزند و آسیب، پرسشنامه‌ی اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI) در خط پایه، بعد از درمان و ۴۵ روز پیگیری استفاده شد. از طرح خط پایه چندگانه تک آزمودنی استفاده گردید و داده‌ها بر اساس نمودار مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاکی از کاهش عقاید پارانوئید، هذیان گزند و آسیب، اضطراب و افسردگی در آزمودنی «الف» و کاهش عقاید پارانوئید و اضطراب در آزمودنی «ب» بود. همچنین در آزمودنی «الف» کاهش عقاید پارانوئید، هذیان گزند و آسیب و اضطراب در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شده بود.

نتیجه‌گیری: فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب در کاهش عقاید پارانوئید و هذیان گزند و آسیب و کاهش اضطراب مرتبط با آن مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب، عقاید پارانوئید، هذیان‌های گزند و آسیب

*Correspondence E-mail:
layla_amirpour@yahoo.com

*نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

** گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

*** گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

با ایجاد باور منفی فرد در مورد خود (من آسیب پذیرم)، دیگران (آدم‌ها بالقوه خطرناکند) و دنیا (دنیا جای بدی است) به عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب منجر می‌شود و سیکلی معیوب ایجاد می‌نماید. اینگونه باورهای منفی در مورد خود و دیگران با اضطراب و افسردگی توأم هستند. عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب ارتباط نزدیکی با اضطراب دارند. اضطراب موجب می‌شود تردیدها در مورد خطر و آسیب به مدت طولانی‌تر در ذهن باقی مانده و گسترش یابد. یافته‌های تحقیقاتی و بالینی از ارتباط عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب با اضطراب حمایت کرده [۲، ۶، ۷، ۸، ۹] و اضطراب را به عنوان عامل مؤثر کلیدی در پدیدار شناسی هذیان‌های گزند و آسیب و تداوم آن، معرفی می‌نماید. داروهای ضد جنون، درمان انتخابی برای بیماران سایکوتیک دارای عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب است [۱۰]. اگرچه این داروها سبب کاهش علائم می‌شود ولی به دلیل اینکه سبک اسنادی و پردازش شناختی را بهبود نمی‌بخشد، به نرخ عود بالاتری می‌انجامد [۱۱]. شواهد محکمی وجود دارد 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]. به عنوان مثال گرانهام^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۲)، در مقایسه با گروه کنترل، بهبودی بیشتر و عود کمتری را در ۱۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا که علاوه بر دارو، ۱۲ جلسه گروه درمانی شناختی- رفتاری دریافت کرده بودند، گزارش کردند. همچنین این یافته در تحقیقات هال^{۱۲} و تاریر^{۱۳} (۲۰۰۳، ۲۰۰۴) با ۲۵ بیمار روان پریش که علاوه بر دارو ۷ جلسه درمان انفرادی شناختی- رفتاری دریافت کرده بودند و نیز در تحقیق تورتنینگتن^{۱۴} و همکاران (۲۰۰۲) با ۴۲۲ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی که علاوه بر

اختلال تفکر، از ابعاد بسیار مهم آسیب شناسی روانی است و هذیان‌ها جزو اصلی‌ترین اختلال‌های محتوای فکر، محسوب می‌شود. هذیان‌های گزند و آسیب^۱ شایع‌ترین نوع هذیان‌ها هستند که سیر مزمن داشته و نشانه رایج روان پریشی است. این اعتقاد شخص که مورد اذیت و آزار، تعقیب، جاسوسی، توطئه یا تمسخر قرار دارد، روی پیوستاری از عقاید پارانوئید تا هذیان‌های گزند و آسیب قرار می‌گیرد [۱]. بررسی‌های همه گیر شناسی نشان می‌دهند که هذیان‌های گزند و آسیب در ۵۰٪ مبتلایان به اسکیزوفرنیا وجود دارد [۲]. همچنین وجود این هذیان‌ها در افسردگی سایکوتیک^۲، ۴۴٪ [۳]، در اختلال دو قطبی^۳، ۲۸٪ و در دوره‌های مانیا^۴ به وفور [۴] گزارش شده است. ایجاد و تداوم عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب، علاوه بر مشکلات موجود در انتقال عصبی، به ویژه وفور گیرنده‌های دوپامین، به عوامل درونی (تجارب غیرمتمعارف^۵، احساس مهم بودن^۶، اختلال ادراکی^۷، مسخ شخصیت^۸، خطای ادراکی^۹ و توهم) و عوامل بیرونی (اطلاعات مبهم کلامی و غیرکلامی در روابط بین فردی و رویدادهای همزمان^{۱۰}) مربوط می‌باشد [۳]. هذیان‌های گزند و آسیب، توضیحاتی در پاسخ به ترس از آسیب فیزیکی، اجتماعی یا روانی، به شمار می‌آیند [۵]. بنابر این منشأ توضیحات پارانوئید، فرآیندهای شناختی است. غالباً افکار پارانوئید در زمینه‌ی بحران‌های عاطفی، رخ داده و به دنبال رویدادهای استرس‌آمیز (مثل رابطه‌ی بین فردی بحرانی، مرافعه، انزوا) آشکار می‌شوند. همچنین استرس

- 1- Persecutory delusions
- 2- Psychotic depression
- 3- Bipolar disorder
- 4- Manic episodes
- 5- Anormalous expriences
- 6- Having feelings of signficance
- 7- Perceptual anomalies
- 8- Depersonalisation
- 9- Illusion
- 10- Coincidences

- 11- Granham
- 12- Hall
- 13- Tarrier
- 14- Turkington

شناختی- رفتاری کاهش اضطراب، موجب کاهش عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید می‌شود؟

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر، طرح تجربی تک آزمودنی و از نوع کاربردی است [۲۱]. از بین طرح‌های تجربی تک موردی در این پژوهش از طرح خط پایه‌ی چندگانه استفاده شده است [۲۲].

آزمودنیها: جامعه‌ی مورد مطالعه این پژوهش را بیماران روان پریش دارای عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب تشکیل می‌دادند که در نیمه دوم سال ۱۳۸۷ در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینای مشهد بستری بودند. شرایط ورود آزمودنی‌ها در آزمایش، دامنه‌ی سنی ۵۰-۲۰ سال، توانایی برقراری ارتباط کلامی، داشتن بینش متوسط (کسب نمره‌ی ۵ به بالا در مقیاس بینش) در طی غربال‌گری بود. نمونه متشکل از ۲ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (در دسترس) انتخاب شده و فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب را در ۸ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای ۲ جلسه دریافت کردند. نحوه‌ی انتخاب آزمودنیها از طریق مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV، تشخیص روان‌پزشک، اطلاعات موجود در پرونده‌ی بیمار و اجرای مقیاس بینش صورت پذیرفت. در طرح‌های تک آزمودنی، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نمودار استفاده می‌شود و بر اساس صعود و نزول اثرات متغیر مستقل بر متغیر وابسته قضاوت صورت می‌گیرد [۲۳]. لذا در این پژوهش نیز داده‌ها به صورت ترسیمی و بر اساس نمودار مورد بررسی قرار می‌گیرند.

ابزار:

ابزار پژوهش شامل مصاحبه بالینی ساختار یافته، مقیاس

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 اثربخشی را در مرحله‌ی نگهدارنده‌ی درمان دارد [۱۲]. در حال حاضر درمان شناختی- رفتاری که برای عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب به کار می‌رود، به درمان شناختی- رفتاری اختلالات اضطرابی شباهت دارد. به عنوان مثال در حیطه‌ی شناختی: مرور و بازبینی شواهد برای صحت عقاید^{۱۵}، استفاده از توضیحات جایگزین^{۱۶}، آزمون واقعیت^{۱۷} [۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹] بازسازی شناختی به صورت سلسله مراتبی^{۱۸} [۱۹] و در حیطه‌ی رفتاری: آرام‌سازی^{۱۹} [۱۵، ۱۹] از جمله مؤلفه‌های درمان شناختی- رفتاری می‌باشند که در درمان عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب مورد استفاده قرار گرفته‌اند. 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 روان پریش در مراکز درمانی و بیمارستان‌های روان‌پزشکی کشورهای دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۰]. متأسفانه در ایران هنوز هم تأکید عمده‌ی مداخلات درمانی در بیماران روان پریش بر درمان‌های دارویی است و از مداخلات غیر دارویی یا استفاده نمی‌شود و یا در صورت استفاده بسیار اندک، محدود و غیر اختصاصی می‌باشد و بر علائم روان پریشی متمرکز نمی‌شود. لذا بکارگیری روش‌های روان درمانی بخصوص درمان شناختی- رفتاری در قالب طرح‌های تجربی و تک آزمودنی ضروری به نظر می‌رسد. از این رو پژوهش حاضر بر این است تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا فنون

15- Review and Evaluate evidence

16- Generate Alternative explanations

17- Reality testing

18- Cognitive restructuring by using a hierarchy

19- Relaxation

منظور خلاصه کردن ویژگی‌هایی که ممکن است پاسخ درمانی را پیش‌بینی کنند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در محیط درمانی، BPRS بیشتر به عنوان ارزیابی پاسخ به مداخلات درمانی در مورد بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک به کار می‌رود. BPRS شامل ۱۸ ماده نگرانی جسمانی، اضطراب، بزرگ منشی، خصومت، سوءظن و ... می‌باشد که متخصصین بالینی مجرب، آن را بر اساس اطلاعات کسب شده در طی مصاحبه‌ی بالینی و مشاهده‌ی بیماران، اجرا می‌کنند. هیدلاند^{۲۷} و ویوج^{۲۸} (۱۹۸۰) در مروری بر مطالعات تحقیقاتی منتشر شده که از BPRS استفاده کرده بودند و توسط راش^{۲۹} و فر^{۳۰} (۲۰۰۸) گزارش شده است [۲۵]، اعتبار بین ارزیاب‌ها را به صورت زیر گزارش کرده‌اند: همبستگی پیرسون برای نمره‌ی کل آسیب شناسی، در ۱۰ مطالعه، ۰/۸ یا بیشتر و متوسط همبستگی پیرسون برای مواد جداگانه، در ۵ مطالعه، بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۳ بود. مطالعات بی‌شماری، نتایج BPRS را با نتایج به دست آمده از دیگر مقیاس‌ها مقایسه کرده‌اند. روایی گزارش شده‌ی BPRS در مقایسه با دیگر مقیاس‌های آسیب شناسی روانی، عموماً بالا است. در پژوهش حاضر، جهت مطالعه مقدماتی برای محاسبه اعتبار BPRS در یک نمونه ایرانی، ۴۰ بیمار روان پریش (۲۰ مرد و ۲۰ زن) که در مرداد و شهریور ماه سال ۸۷، در بیمارستان ابن سینا بستری بودند، انتخاب شدند. از میان این ۴۰ بیمار، ۲۹ نفر سابقه بستری بیش از ۲ بار داشتند و ۱۱ نفر دیگر برای اولین بار در بیمارستان روان‌پزشکی بستری شده بودند. در این مطالعه مقدماتی، ضریب اعتبار BPRS به روش همسانی درونی، ۰/۶۹ محاسبه شد.

۳- مقیاس بینش (IS)^{۳۱}: شواهد تجربی محکمی وجود دارد که نشان می‌دهد درجه‌ی بینش بیمار بر تمایل او به تکمیل درمان و همچنین نتایج بالینی و پاسخ به

خلاصه ارزیابی روان‌پزشکی، مقیاس بینش، مقیاس نمره‌گذاری روزانه عقاید پارانوئید و هذیان‌گزند و آسیب و پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک بود که به شرح کامل آنها در ذیل اشاره شده است.

۱- مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته (SCID) (فرست، اسپتیزر، گیون و ویلیامز، ۱۹۹۷): مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV می‌باشد. مصاحبه‌ی ساختار یافته تشخیصی DSM-IV (SCID) از جمله جامع‌ترین مصاحبه ساختار دار موجود است که ابزاری با طیف گسترده و جدید می‌باشد که با قالب‌های تصمیم‌گیری DSM-IV برای تشخیص روان‌پزشکی، پیوندی نزدیک دارد [به نقل از ۲۴]. این ابزار با درجه‌ی معینی از انعطاف پذیری تدوین شده است، به گونه‌ای که اجرای آن را می‌توان با جمعیت‌ها و بافت‌های متفاوت هماهنگ ساخت. بنابراین نسخه‌های متفاوت آن را می‌توان در مورد بیماران روانی سرپایی، بستری و بیماران غیر روان‌پزشکی به کار برد. SCID بیش از هر مصاحبه‌ی تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روان‌پزشکی مورد استفاده قرار گرفته است. این ابزار دارای روایی^{۲۰} و اعتبار^{۲۱} خوبی برای تشخیص اختلالات روانی است. تران^{۲۲} و هاگا^{۲۳} [۲۴] ضریب کاپای ۰/۶۰ را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیابی‌ها برای SCID گزارش نموده‌اند.

۲- مقیاس خلاصه ارزیابی روان‌پزشکی (BPRS)^{۲۴}: BPRS (اورال^{۲۵} و گورهام^{۲۶}، ۱۹۸۸) ابزار نمره‌گذاری متخصص بالینی است که به منظور ارزیابی تغییر در شدت آسیب روانی ساخته شده و نمره‌ی کل آن، غالباً برای ارزیابی تأثیر مداخلات درمانی و همچنین برای طبقه‌بندی بیماران در زیر گروه اختلالات روانی به

- 20- Validity
- 21- Reliability
- 22- Trann
- 23- Hagan
- 24- Brief psychiatry rating scale
- 25- Overall
- 26- Gerham

- 27- Hedlund
- 28- Viwege
- 29- Rash
- 30- Fair
- 31- Insight scale

از اعتبار بالا، ۰/۸۶ برای نمره‌ی کل مقیاس، ۰/۹۲ برای نیاز به درمان، ۰/۷۶ برای آگاهی از بیماری و ۰/۶۰ برای آگاهی از علائم بود.

۴- مقیاس نمره‌گذاری روزانه عقاید پارانویید و هذیان‌های گزند و آسیب: عقاید پارانویید بیماران به طور روزانه بر روی مقیاس صفر تا ۱۰۰ درصد ارزیابی شد. این مقیاس در سراسر تحقیق، به عنوان شاخص اندازه‌گیری نتایج ابتدایی مورد استفاده قرار گرفت [۱۹].

۵- پرسشنامه‌ی اضطراب بک (BAI) (بک و همکاران، ۱۹۸۸، ۱۹۹۶) یک پرسشنامه‌ی خود گزارشی برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان است. پرسشنامه‌ی اضطراب بک (BAI) مقیاسی ۲۱ ماده‌ای است که بیمار در هر ماده، یکی از گزینه‌هایی را که نشان دهنده‌ی شدت اضطراب اوست، انتخاب می‌کند و این چهار گزینه در طیفی ۴ قسمتی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین نمره‌ی کل این پرسشنامه در دامنه‌ی ۰ تا ۶۳ قرار دارد. در مطالعات قبلی در ایران، ضریب اعتبار درونی معادل ۰/۸۰ برای این پرسشنامه گزارش شده است [۲۶]. فتی (۱۳۸۲) برای جمعیت ایرانی، ضریب آلفای ۰/۹۲، ضریب اعتبار بین دو نیمه، ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۰/۸۱ را گزارش نموده است [۲۶].

۶- پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI) (۳۰): پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI) (بک، ۱۹۶۷)، یک پرسشنامه‌ی خود گزارشی برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان است. پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI) یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که بیمار در هر ماده، یکی از گزینه‌هایی را که نشان دهنده‌ی شدت افسردگی اوست، انتخاب می‌کند و این چهار گزینه در طیفی ۴ قسمتی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین نمره‌ی کل این پرسشنامه در دامنه‌ی ۰ تا ۶۳ قرار دارد. یکی از مقیاس‌های خودسنجی متداول افسردگی

درمان تأثیر گذار است. بنابراین مشخص کردن میزان بینش یک بیمار به طرح‌ریزی درمانی او کمک شایانی می‌کند. IS (بیرچ وود^{۳۲} و همکاران، ۱۹۹۴) مقیاس خود گزارشی ۸ ماده‌ای است که به منظور ارزیابی آگاهی از بیماری، بینش نسبت به نیاز به درمان و آگاهی از علائم طراحی شده و به عنوان ابزاری پژوهشی جهت اندازه‌گیری میزان تغییر بینش مبتلایان به اسکیزوفرنیا یا اختلالات سایکوتیک وابسته، مورد استفاده قرار گرفته است. مواد مقیاس، در سه خرده مقیاس آگاهی از علائم، آگاهی از بیماری و نیاز به درمان نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌ی کل، جمع نمرات این خرده مقیاس‌ها است. نمره‌ی خرده مقیاس می‌تواند بین ۰ تا ۴ و نمره‌ی کل مقیاس بین ۰ تا ۱۲ باشد. نتایج مطالعه بیرچ وود و همکاران (۱۹۹۴) بر روی ۳۰ بیمار اسکیزوفرنی که توسط راش و فر (۲۰۰۸) گزارش شده است [۲۵]، نشان داد که اعتبار درونی بالا بود ($\alpha = 0.75$ کرونباخ). نتایج ارزیابی اعتبار بازآزمایی، با ۲۰ بیمار در خط پایه و یک هفته پیگیری، حاکی از اعتبار بالا، ۰/۹۰ برای نمره‌ی کل مقیاس، ۰/۹۶ برای نیاز به درمان، ۰/۸۰ برای آگاهی از بیماری و ۰/۶۵ برای آگاهی از علائم بود. همچنین روایی ملاک IS نیز از طریق مقایسه‌ی نمره‌ی بینش یا تغییر علائم مثبت در ۳۰ بیمار سایکوتیک حاد محاسبه شد که افزایش چشمگیری در نمرات بینش از زمان پذیرش تا ترخیص بیمارانی که بهبود یافته بودند، مشاهده شد ($P < 0.04$) [۲۵]. در پژوهش حاضر، جهت مطالعه مقدماتی برای محاسبه اعتبار IS در یک نمونه ایرانی، ۴۰ بیمار روان پریش (۲۰ مرد و ۲۰ زن) که در مرداد و شهریور ماه سال ۸۷، در بیمارستان ابن سینا بستری بودند، انتخاب شدند. از میان این ۴۰ بیمار، ۳۲ نفر سابقه بستری بیش از ۲ بار داشتند و ۸ نفر دیگر برای اولین بار در بیمارستان روان پزشکی بستری شده بودند. نتایج ارزیابی اعتبار بازآزمایی^{۳۳}، با ۴۰ بیمار در فاصله دو هفته، حاکی

34- Beck Anxiety Inventory
35- Beck Depression Inventory

32- Birchwood
33- Test-retest reliability

که دارای مدرک تحصیلی حداقل سیکل بوده، در دامنه‌ی سنی ۵۰-۲۰ سال قرار داشتند و نمره ۵ به بالا را در مقیاس بینش کسب کرده بودند، به عنوان آزمودنی انتخاب شدند و پس از کسب رضایت از آنها جهت شرکت در این پژوهش، به طور تصادفی وارد طرح درمان شدند. برای آزمودنیها دو هفته خط پایه تشکیل و در مرحله‌ی خط پایه، پرسشنامه‌های BDI, BAI, BPRS توسط آزمودنیها تکمیل گردید. سپس درمان به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی اجرا شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، طبق اصول طرح‌های خط پایه‌ی چندگانه، در جلسه‌ی چهارم مراجع اول، مراجع دوم وارد طرح درمان شد.

در جلسه‌ی آخر (جلسه هشتم)، پرسشنامه‌های BDI, BAI, BPRS مجدداً توسط آزمودنیها تکمیل گردید و عقاید پارانوئید بیماران به طور روزانه روی مقیاس صفر تا ۱۰۰ ارزیابی شد. این مقیاس در سراسر تحقیق، به عنوان شاخص اندازه‌گیری نتایج ابتدایی مورد استفاده قرار گرفت. مرحله‌ی پیگیری نیز با رعایت فاصله‌ی زمانی یاد شده، ۴۵ روز بعد از پایان درمان صورت گرفت.

یافته‌ها

از آنجا که در طرح‌های تک آزمودنی، داده‌ها برای هر یک از آزمودنیها به طور جداگانه و بر اساس نمودار تحلیل می‌شود، از این رو به بررسی یافته‌های پژوهش برای هر کدام از آزمودنیها می‌پردازیم.

آزمودنی "الف"

شرح حال

بیمار، آقای ۲۸ ساله‌ی مجردی است که تا پنجم ابتدایی درس خوانده است. زمانی به کار گل و گیاه مشغول بوده ولی مدتی قبل از اولین بستری شدنش در بیمارستان ابن سینا در سال ۸۰، بیکار بوده است. تنها فرزند خانواده بوده و پدرش پس از تولد وی، فوت کرده است. علائم بیماری گزارش شده در مراجعات مکرر به

است و از هنگام تدوین تاکنون مورد ارزیابی روان‌سنجی گسترده‌ای قرار گرفته است و دارای ثبات درونی بالایی با ضریب آلفای ۰/۸۶ برای بیماران روان‌پزشکی و اعتبار تشخیصی و همزمانی خوبی می‌باشد [۲۷]. بک و همکاران (۱۹۸۸) نمرات برش برای پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI) را به صورت زیر گزارش کرده‌اند:

نمرات کوچکتر از ۱۰ فقدان یا افسردگی خفیف ($M=10/9$ و $SD=8/1$)، نمرات ۱۰ الی ۱۸ افسردگی خفیف تا متوسط ($M=18/7$ و $SD=10/2$)، نمرات ۱۹ الی ۲۹ افسردگی متوسط تا شدید ($M=25/4$, $SD=9/6$)، و نمرات ۳۰ الی ۶۳ افسردگی شدید در نظر گرفته شده‌اند.

همچنین میانگین نمرات پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI) در یک مطالعه‌ی پیامد درمانی نخستین روان‌پریشی، ۲۴/۶ ($SD=10/1$) و ۲۰ ($SD=10/1$) گزارش شده است [۲۴]. در یک فراتحلیل از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی نشان داده شده است که ضریب به دست آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است [۲۷]. این پرسشنامه در ایران توسط منصور و دادستان اعتبار یابی شده است.

روند اجرای پژوهش: پژوهش حاضر در دو مرحله انجام شد: مرحله اول) مطالعه مقدماتی مقیاس‌های بینش و BPRS: از آنجا که مقیاس‌های بینش و BPRS در ایران هنجاریابی نشده است، لذا استفاده از این مقیاس‌ها در غربال و ارزیابی نتیجه درمانی، مستلزم اجرای آنها روی یک نمونه ایرانی به صورت مطالعه مقدماتی بود. برای این منظور ۴۰ بیمار روان‌پریش که در مرداد و شهریور سال ۸۷ در بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا بستری بودند، انتخاب شدند و پس از متناسب سازی مواد مقیاس‌ها و اجرای آن، ضریب اعتبار محاسبه شد.

مرحله دوم) انتخاب آزمودنی، اعمال درمان و ارزیابی اثربخشی آن: از میان بیماران روان‌پریش دارای عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب که در ۶ ماهه دوم سال ۸۷ در بیمارستان ابن سینا بستری بودند، افرادی

تمرکز متوسط و محاسبه عددی و درک مطلب، خوب است. قضاوت، بینش و تفکر انتزاعی نسبی است. هذیان گزند و آسیب بیمار نسبت به مادر و خاله‌اش از ۳ سال پیش شدت یافته و معتقد است مادرش او را طلسم کرده تا مریض شود. مادر و خاله‌اش بدخواه او هستند و در مریض شدن و بستری شدنش نقش دارند. آزمودنی الف، ۱۳ سال است که مبتلا به روان پریشی است و از ۳ سال پیش تاکنون با تشخیص روان‌پزشکی اسکیزوفرنیای پارانوئید در بخش بیماران روان پریش مزمن بیمارستان ابن سینا بستری می‌باشد. داروهای آنتی سایکوتیکی که به آزمودنی "الف" تجویز شد عبارت بودند از: رسپریدون ۸ میلی گرم، کلوزاپین ۱ میلی گرم، والپرات سدیم ۸۰۰ میلی گرم ضمن آنکه داروهای روان‌پزشکی بایپریدون و هیدروکسیزین نیز تجویز گردید.

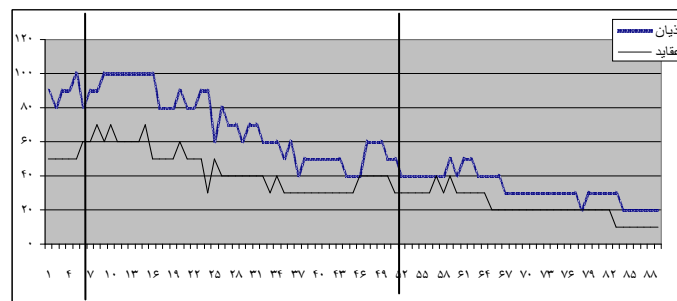
بیمارستان شامل پرخاشگری، تحریک پذیری، فحاشی، کتک زدن مادر، آزار همسایه‌ها، عدم توجه به نظافت شخصی، شکستن وسایل منزل، کم خوابی، کم اشتها، خود زنی، توهم شنوایی - به صورت شنیدن صدای زنی است که گاهی دستوری می‌باشد - و هذیان انتساب و عقاید پارانوئید و هذیان گزند و آسیب است. بر اساس گزارشات موجود در پرونده، شروع علائم از سال اول راهنمایی عنوان شده است. سابقه ضربه به سر در کودکی داشته و قبل از آخرین بستری، به دلیل تصادف، دچار دردهای استخوانی و شکمی شده که همچنان تحت مداوا قرار دارد. بر اساس اظهارات خود بیمار، در گذشته به صورت تفننی مواد مخدر مصرف می‌کرده ولی در پرونده بیمار و شرح حال‌هایش در زمان بستری، سابقه اعتیاد ذکر نشده است. بیمار، تماس چشمی کم و ارتباط کلامی متوسطی برقرار می‌کند. هوشیاری نسبی و خلق پایین دارد. جهت‌یابی (زمان، مکان و شخص) طبیعی، تکلم آهسته، توجه و

جدول (۱) نمرات آزمودنی "الف" در مقیاس‌ها

متغیرها	خط پایه	بعد از درمان	بسیجری
نمره کلی مقیاس خلاصه ارزیابی روان پزشکی	۵۷	۴۹	۳۸
خرده مقیاس گزند و آسیب	۶	۴	۴
خرده مقیاس اضطراب	۷	۴	۵
اضطراب بک	۴۶	۳۰	۲۷
افسردگی بک	۴۵	۳۸	۴۰
میانگین عقاید پارانوئید	۵۷/۵۸	۴۰/۳۳	۲۴/۶۶
میانگین هذیان گزند و آسیب	۹۳/۵۷	۶۵	۳۵/۳۳
انحراف معیار عقاید پارانوئید	۷/۷۰	۹/۹۹	۹/۶۷
انحراف معیار هذیان گزند و آسیب	۷/۴۴	۱۷/۱۷	۱۰/۹۹
ضریب تغییرات عقاید پارانوئید	۰/۱۳	۰/۲۴	۰/۳۹
ضریب تغییرات هذیان گزند و آسیب	۰/۰۷	۰/۲۶	۰/۳۱

آزمودنی "الف" شده است. از آنجا که نمره کلی BPRS، غالباً برای ارزیابی تأثیر مداخلات درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، با توجه به جدول ۱ و نمودار ۲ در می‌یابیم که به طور کلی مداخله درمانی پژوهش حاضر در مورد آزمودنی "الف" اثر بخش بوده است. همچنین نمره آزمودنی در خرده مقیاس گزند و آسیب و خرده مقیاس اضطراب در مراحل درمان و پیگیری در مقایسه با خط پایه، کاهش نشان می‌دهد که نشانگر بهبود می‌باشد.

لازم به ذکر است که: میانگین، انحراف معیار و ضریب تغییرات عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب بر اساس نمره گذاری روزانه آزمودنی طی ۱۴ روز خط پایه، ۳۰ روز درمان و ۴۵ روز پیگیری محاسبه شده است. کاهش عقاید پارانوئید و هذیان گزند و آسیب در مراحل درمان و پیگیری نسبت به خط پایه، در جدول ۱ و سیر نزولی آنها در نمودار ۱، بیانگر این است که فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب، موجب کاهش عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب



نمودار ۱) نمره گذاری روزانه عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب در آزمودنی "الف"



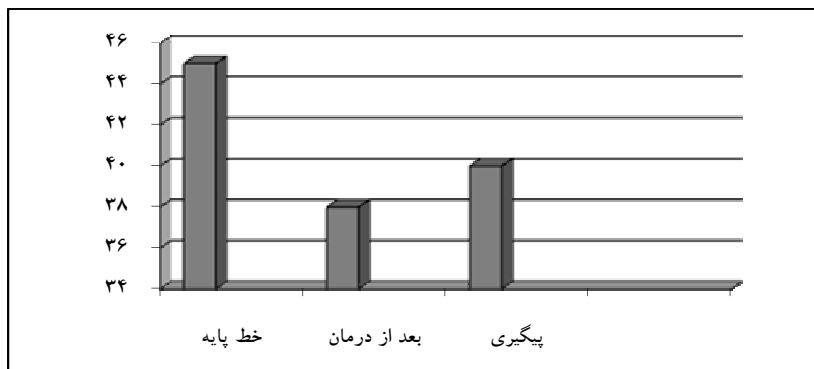
نمودار ۲) نمرات آزمودنی "الف" در مقیاس BPRS



نمودار ۳) نمرات آزمودنی "الف" در مقیاس BAI

آزمودنی "الف" شده است. همچنین مشاهده می‌شود که کاهش اضطراب در مرحله پیگیری نیز دوام داشته است.

کاهش نمرات اضطراب آزمودنی "الف" بر اساس پرسشنامه اضطراب بک، پس از درمان در جدول ۱ و سیر نزولی آن در نمودار ۳، نشان دهنده این است که فنون شناختی- رفتاری موجب کاهش اضطراب در



نمودار ۴) نمرات آزمودنی "الف" در مقیاس BDI

از راه دور اعصابش را دستکاری و پراکنده و افکارش را جذب می‌کنند و باعث بدتر شدن حالش می‌شوند و به او ضربه می‌زنند. بیمار صدای دستگاه را می‌شنود و بوی آن را احساس می‌کند و می‌گوید: "دستگاه قلبم را ربوده و در اعصابم مداخله می‌کند، گاهی دستهایم را دراز می‌کند و بعد بر می‌گرداند." هذیان‌های گزند و آسیب از ۲۷ سال پیش که بیماری شروع شده، وجود داشتند و در حال گسترش هستند و بیمار دو سال است که با تشخیص روان‌پزشکی اسکیزوفرنیای پارانوئید، به طور دائم در بخش بیماران روان پریش مزمن بیمارستان ابن سینا، بستری است. داروهای آنتی سایکوتیکی که به آزمودنی "ب" تجویز شد عبارت بودند از: هالوپریدول ۱۰ میلی گرم و کلوزاپین ۱۰۰ میلی گرم همچنین داروهای روان‌پزشکی بایپریدون (تزریقی) و فلوپنتکسول (تزریقی) نیز مورد استفاده قرار گرفت. شایان ذکر است که نوع و دوز داروهای آزمودنی "ب" از زمان خط پایه تا پیگیری به غیر از دوز کلوزاپین که از جلسه ۶ درمان به بعد افزایش یافت، تغییری نداشته است.

لازم به ذکر است که: میانگین، انحراف معیار و ضریب تغییرات عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب بر اساس نمره گذاری روزانه آزمودنی طی ۲۸ روز خط پایه و ۳۰ روز درمان محاسبه شده است.

نمرات افسردگی آزمودنی "الف" بر اساس پرسشنامه افسردگی بک بعد از درمان در مقایسه با خط پایه، بر اساس جدول ۱ و نمودار ۴، حاکی از این است که فنون شناختی-رفتاری کاهش اضطراب، موجب کاهش افسردگی در آزمودنی "الف" شده است. هر چند شاهد افزایش افسردگی بیمار در مرحله پیگیری هستیم که نشانگر عدم دوام اثر درمانی بر کاهش افسردگی است ولی در مقایسه با خط پایه باز هم کاهش نشان می‌دهد.

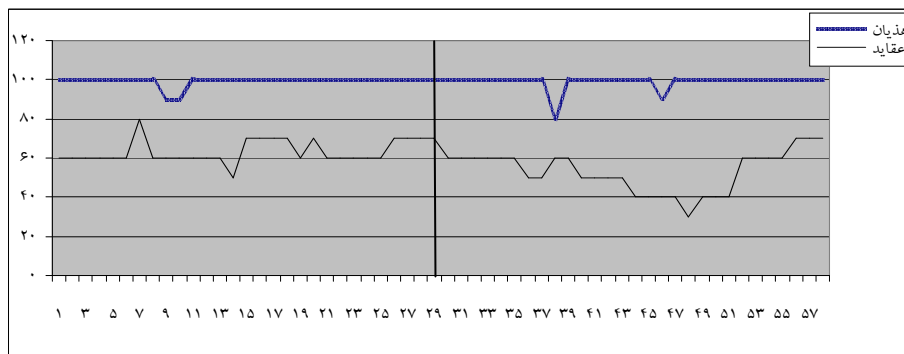
آزمودنی "ب"

شرح حال

بیمار، خانم ۴۲ ساله‌ای است که جوان‌تر از سن تقویمی‌اش به نظر می‌رسد. مجرد است و به دلیل شروع بیماری از دوم دبیرستان، نتوانسته به تحصیل ادامه دهد. فرزند دوم خانواده است و پدرش چند سال پیش فوت کرده است. بیمار، ظاهری تقریباً مرتب دارد. ارتباط چشمی و کلامی متوسطی برقرار می‌کند. خلق پایین و عاطفه متناسب دارد. تکلم، آهسته توام با تن صدای پایین است. از نظر هوشیاری، جهت یابی (زمان، مکان، شخص) طبیعی است. تفکر عینی دارد و قضاوت مختل است. سابقه ضربه به سر و مصرف مواد مخدر ندارد. بیمار دارای توهمات بینایی- به صورت دیدن جن- شنوایی- شنیدن صدای دستگاه از کانال کولر که گاهی دستوری بوده و گاهی به بیمار فحش می‌دهد- و بوایی- احساس بوی خاص در فضا- می‌باشد. هذیان کنترل و گزند و آسیب دارد و معتقد است دستگاهی در خانه یکی از خواهرانش وجود دارد که خواهرها، دایی‌ها و پسر دایی مادرش که دشمن او هستند، از طریق آن و

جدول ۲) نمرات آزمودنی "ب" در مقیاس‌ها

متغیرها	خط پایه	بعد از درمان
نمره کلی مقیاس خلاصه ارزیابی روان پزشکی	۵۶	۵۴
خرده مقیاس گزند و آسیب	۷	۷
خرده مقیاس اضطراب	۵	۵
اضطراب بک	۲۸	۲۲
افسردگی بک	۳۸	۳۸
میانگین عقاید پارانوئید	۶۳/۲۱	۵۵
میانگین هذیان گزند و آسیب	۹۹/۲۸	۹۹
انحراف معیار عقاید پارانوئید	۶/۱۱	۱۱/۳۷
انحراف معیار هذیان گزند و آسیب	۲/۶۱	۴/۰۲
ضریب تغییرات عقاید پارانوئید	۰/۰۹	۰/۲۰
ضریب تغییرات هذیان گزند و آسیب	۰/۰۲	۰/۰۴



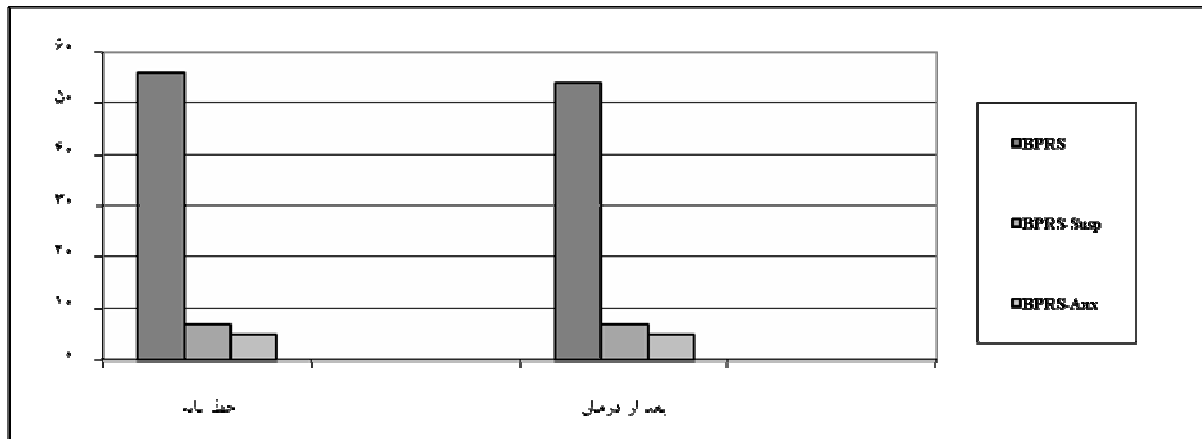
نمودار ۵) نمره گذاری روزانه عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب در آزمودنی "ب"

آزمودنی "ب" نشده است. از آنجا که نمره کلی BPRS، غالباً برای ارزیابی تأثیر مداخلات درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، با توجه به جدول ۲ و نمودار ۶ در می‌یابیم که به طور کلی فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب، در آزمودنی "ب" اثر بخش نبوده است. همچنین نمره آزمودنی در خرده مقیاس گزند و آسیب و خرده مقیاس اضطراب بعد از درمان در مقایسه با خط پایه تغییری نشان نمی‌دهد.

کاهش ناپیوسته عقاید پارانوئید، بعد از درمان بر اساس سیرنزولی آن تا جلسه ۷ درمان در نمودار ۵، بیانگر این است که فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب، موجب کاهش عقاید پارانوئید آزمودنی "ب" شده است. عدم کاهش میانگین نمرات هذیان گزند و آسیب بعد از درمان در مقایسه با خط پایه بر اساس سیر یکنواخت نمودار ۵، نشانگر این است که فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب، موجب کاهش هذیان گزند و آسیب

فنون شناختی- رفتاری موجب کاهش اضطراب در آزمودنی "ب" شده است.

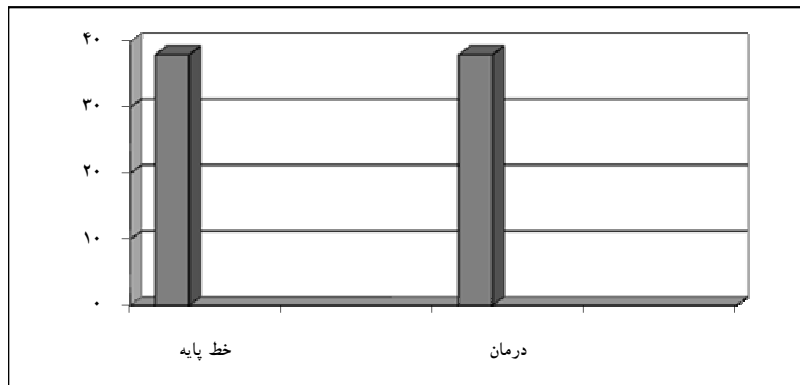
کاهش نمرات اضطراب آزمودنی "ب" بر اساس پرسشنامه اضطراب بک، بعد از درمان بر اساس جدول ۲ و سیر نزولی آن در نمودار ۶، حاکی از این است که



نمودار ۶) نمرات آزمودنی "ب" در مقیاس BPRS



نمودار ۷) نمرات آزمودنی "ب" در مقیاس BAI



نمودار ۸) نمرات آزمودنی "ب" در مقیاس BDI

کاهش هذیان‌های گزند و آسیب در آزمودنی "ب" با نتایج مطالعه کی^{۳۶} (۲۰۰۱)، جکز^{۳۷} و همکاران (۱۹۹۹)، کویپرز^{۳۸} و همکاران (۱۹۹۷)، چدویک^{۳۹} و لو^{۴۰} (۱۹۹۴) و واتز^{۴۱} و همکاران (۱۹۷۳) همسو می‌باشد [۱۶، ۱۹، ۲۸، ۲۹، ۳۰]. در مطالعه کی [۱۹] با هدف بررسی اثربخشی فنون شناختی رفتاری کاهش ترس بر هذیان‌های گزند و آسیب در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید مزمن، با استفاده از روش خط پایه چندگانه، از بین ۷ آزمودنی، در ۳ نفر، عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب کاهش یافت، در ۳ نفر تغییری مشاهده نشد و ۱ نفر پاسخ متغیری به درمان داشت. در مطالعه جکز و همکاران [۲۸] که از روش خط پایه چندگانه استفاده شده بود، از بین ۱۸ آزمودنی، در ۶ نفر، عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب کاهش یافت، ۷ نفر تغییری نداشتند و ۵ نفر پاسخ متغیری داشتند. همچنین کویپرز و همکاران [۱۶] اثربخشی CBT متمرکز بر روان پریشی را با

مقایسه نمرات افسردگی آزمودنی "ب" بر اساس پرسشنامه افسردگی بک بین خط پایه و بعد از درمان در جدول ۲ و نمودار ۸، نشان دهنده این است که فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب، موجب کاهش افسردگی در آزمودنی "ب" نشده است.

بحث

با توجه به کمبود قابل ملاحظه مداخلات روان‌شناختی در زمینه اختلالات روان پریشی در کشور و همچنین اهمیت مداخلات روان‌شناختی در جمعیت بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب در درمان عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید انجام شده است. نتایج این پژوهش حاکی از کاهش عقاید پارانوئید، هذیان گزند و آسیب، اضطراب و افسردگی در آزمودنی «الف» و کاهش عقاید پارانوئید و اضطراب در آزمودنی «ب» بود. همچنین در آزمودنی «الف» کاهش عقاید پارانوئید، هذیان گزند و آسیب و اضطراب در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شده بود. کاهش در عقاید پارانوئید در هر دو آزمودنی این پژوهش و کاهش هذیان‌های گزند و آسیب در آزمودنی "الف" و عدم

- 36- Key
37- Jackes
38- Kuipers
39- Chadwick
40- Lowe
41- Watts

و عدم وجود تفاوت در نمرات BDI آزمودنی "ب" در راستای نتیجه گزارش شده از سوی کوپرز و همکاران [۱۶] می‌باشد که در این مطالعه نیز هیچ تفاوتی در نمرات BAI و BDI آزمودنیها بعد از درمان به نسبت خط پایه مشاهده نشده است. که می‌تواند نشانگر وجود تناقض نتایج تحقیقاتی باشد که اختلالات همراه پارانوئیا نظیر اضطراب و افسردگی را مورد بررسی قرار دادند. از آنجا که در این پژوهش، فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب موجب کاهش عقاید پارانوئید، هذیان‌گزند و آسیب و اضطراب در آزمودنی "الف" شده است، لذا یافته‌های پژوهش حاضر در مورد این آزمودنی در راستای مدل شناختی چند بعدی فریمن و همکارانش می‌باشد که بر کلیدی بودن نقش اضطراب در ایجاد و تداوم عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب تأکید دارد. همچنین کاهش عقاید پارانوئید و اضطراب و عدم کاهش هذیان‌گزند و آسیب در آزمودنی "ب" با بخشی از مدل فریمن، مغایرت دارد. این امر احتمالاً ناشی از این است که در این مدل، عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب به عنوان دو سازه جداگانه در نظر گرفته نشده‌اند. یافته حاضر تلویحا به این معنا می‌باشد که این مدل نیاز به تجدید نظر دارد. باید متذکر شد که در طول پژوهش، نوع و دوز داروهای آزمودنی "الف" تغییری نداشته است. لذا کاهش عقاید پارانوئید، هذیان‌گزند و آسیب، اضطراب و افسردگی در بعد از درمان نسبت به خط پایه که دارو درمانی صرف بوده، نشانگر اثربخشی فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب در این آزمودنی می‌باشد. چرا که عدم تغییر دارو قبل و بعد از درمان، نشانگر ثابت بودن اثر این عامل در طول پژوهش است. بنابر این در مورد آزمودنی "الف" می‌توان ادعا کرد که فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب موجب کاهش عقاید پارانوئید، هذیان‌های گزند و آسیب و اختلالات همراه (اضطراب و افسردگی) شده است. در مورد آزمودنی "ب" نوع و دوز مصرف دارو جز در ۱ مورد (کلوزاپین) تغییری نداشته است. شایان ذکر است که دوز کلوزاپین

استفاده از BPRS مورد بررسی قرار دادند و نتایج آن حاکی از ۵۰٪ بهبودی بر اساس کاهش نمرات BPRS بود ولی بهبودی، دوامی نداشت. هر چند که دوام بهبودی در برخی مطالعات گزارش شده است. به عنوان مثال نتایج مطالعه چدویک و لو که توسط کوپرز و همکاران (۲۰۰۵) گزارش شده است [۲۹] حاکی از این بود که میزان عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب در ۱۰ بیمار کاهش یافت و در ۵ بیمار هذیان‌ها به طور کامل برطرف شد. همچنین واتز و همکاران [۳۰] گزارش کردند که هر سه آزمودنی این پژوهش، کاهش معناداری در شدت باور داشتند. نمرات BAI در هر دو آزمودنی، بعد از درمان در مقایسه با خط پایه کاهش نشان می‌دهد که بیانگر اثربخشی فنون شناختی رفتاری در کاهش اضطراب است. از آنجا که هر دو آزمودنی در طول جلسات درمانی، تمرین تنفسی را در آرامش خود بسیار مؤثر می‌دانستند و با توجه به اینکه آرامش پس از تمرین تنفسی به دلیل کاهش یافتن علائم جسمانی است و تمرکز گزینه‌های BAI نیز بر علائم جسمانی اضطراب است، احتمالاً کاهش نمرات BAI ناشی از این امر می‌باشد. کاهش نمرات BAI در هر دو آزمودنی پژوهش حاضر در راستای نتایج مطالعه کی و نیز چدویک و لو، می‌باشد. در مطالعه کی [۱۹] کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید مزمن بعد از دریافت فنون شناختی- رفتاری کاهش ترس گزارش شده است ولی در مرحله پیگیری، کاهش اضطراب دوامی نداشت. همچنین چدویک و لو به نقل از کوپرز و همکاران (۲۰۰۵) [۲۹] در مطالعه خود کاهش معنارار در نمرات BAI را بعد از درمان گزارش کرده‌اند. کاهش نمرات BDI در آزمودنی "الف" نشانگر اثربخشی فنون شناختی رفتاری در کاهش افسردگی آزمودنی "الف" است ولی در آزمودنی "ب" تفاوتی بین خط پایه و بعد از درمان در نمرات BDI وجود نداشت. کاهش نمرات BDI در آزمودنی "الف" با مطالعه چدویک و لو که توسط کوپرز و همکاران (۲۰۰۵) گزارش شده است [۲۹] همسو است

سه روز قبل از جلسه ۶ درمان، طبق نظر روان‌پزشک بیمارستان افزایش یافت. با این وجود به دلیل وارد کردن درمانگر به نظام هدیانی از سوی این آزمودنی از جلسه ۷ درمان به بعد، شاهد سیر صعودی در نمودار عقاید و هدیان هستیم به عبارت دیگر این تغییر در دارو علیرغم انتظار، به کاهش عقاید پارانوئید و هدیان‌های گزند و آسیب منجر نشده است. همچنین باید متذکر شد طبق نظر بالینی روان‌پزشکان بیمارستان، عقاید و هدیان‌های گزند و آسیب آزمودنی "ب" نسبت به دارو مقاوم بود. عدم کاهش هدیان‌های گزند و آسیب در آزمودنی "ب" ممکن است ناشی از عوامل مهمی نظیر سن بیمار، مدت زمان طولانی ابتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید و دوره کوتاه درمانی باشد. کی و همکاران [۱۹] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سن و بهبودی همبسته‌اند به طوری که بیماران جوان‌تر نسبت به بیماران مسن، بهبودی بیشتری نشان داده‌اند. از آنجا که هدیان‌ها مانند سایر باورها با گذشت زمان، ثبات بیشتری می‌یابند بنابر این سن می‌تواند نمایانگر مزمن شدن بیماری روانی به ویژه در اسکیزوفرنیا و در نتیجه پاسخ درمانی ضعیف باشد. همچنین از آنجا که تاریخ (۱۹۹۸) دوره کوتاه‌تر ابتلا به روان‌پریشی را با نتایج مثبت درمان ارتباط دارد. ابتلای ۲۷ ساله آزمودنی "ب" به اسکیزوفرنیای پارانوئید می‌تواند از دلایل عدم پاسخ مثبت به درمان باشد. و سرانجام باید مدت زمان درمان را مد نظر قرار داد. در پژوهش حاضر در رابطه با آزمودنی "ب" با وجود شدت و زمان طولانی ابتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید و نیز فراگیر بودن زیاد هدیان‌ها، ضرورت جلسات بیشتر درمانی احساس می‌شد به طوری که محقق معتقد است در صورت جلسات بیشتر قبل از درمان، درمان و حتی زمانی که بیمار، درمانگر را وارد نظام هدیانی خود کرده بود، احتمال کاهش هدیان‌های گزند و آسیب را در این آزمودنی افزایش می‌یافت. نکته قابل توجه دیگر این است که مدت زمان درمان باید با نیازهای فردی هر بیمار منطبق باشد. در مطالعات انجام شده توسط چدویک و همکاران، بیماران

قبل از شروع درمان اصلی، بین ۶ تا ۱۲ جلسه با درمانگر می‌گذرانند، از این جلسات به عنوان "دوره گوش دادن طولانی" یاد شده است که امکان شکل‌گیری ارتباط درمانی را فراهم می‌کرد. علاوه بر این، جلسات درمان بین ۳ تا ۱۰ جلسه بود. در سایر مطالعات، میانگین جلسات، ۱۹ جلسه (سنسکی^{۴۲} و همکاران، ۲۰۰۱) ۲۰ جلسه (تاریر و همکاران، ۱۹۹۹) و ۲۴ جلسه (پیتو^{۴۳} و همکاران، [۱۸]) گزارش شده است. تنها مطالعاتی که از نظر تعداد جلسات درمانی، مشابه این درمان می‌باشد، مطالعه کی [۱۹] با ۸ جلسه و مطالعه هادوک^{۴۴} و همکاران (۱۹۹۹) با میانگین ۱۰-۹ جلسه است. پژوهش‌های آتی می‌توانند با گسترش حجم نمونه، افزایش دوره درمان، دوره پیگیری طولانی‌تر و بررسی مقایسه‌ای بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید بستری و سرپایی به بررسی دقیق‌تر اثربخشی فنون شناختی- رفتاری کاهش اضطراب در درمان عقاید پارانوئید و هدیان‌های گزند و آسیب بپردازند.

منابع

- 1- APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. APA: Washington DD. 2000. p. 352-368.
- 2- Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. Early Manifestations and First-Contact Incidence of Schizophrenia in Different Cultures: A Preliminary Report on the Initial Evaluation Phase of the WHO Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Psycho Med.* 1986; 16(4): 909-928.
- 3- Freeman D. Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clin Psychol Rev.* 2007; (27): 425-457.
- 4- Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. New York, NY: Oxford University Press. 1990. p. 110-121.
- 5- Van der Gaag M. A neuropsychiatric model of biological and psychological process of delusions and auditory hallucination. *Schizophrenia Bull.* 2006; (32): 113-122.

42- Sensky

43- Pinto

44- Haddock

- 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.* 1999; 50(7): 901-904.
- 19- Key FA. Using fear-reduction techniques to treat paranoid ideation and persecutory delusions in schizophrenic patients [dissertation]. USA: California university; 2001. p. 1-178.
- ۲۰- پریس ک، مک گوری پ د. روان درمانی شناختی بیماران روان‌پریش. مترجم: رسول روشن و همکاران. مشهد: انتشارات به نشر؛ ۱۳۸۳. ص. ۳۳۶-۳۸۰.
- ۲۱- سرمد زهره، بازرگان عباس، حجازی الهه. روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه؛ ۱۳۸۱. ص. ۳۴۱.
- ۲۲- سیف علی اکبر. طرح‌های پژوهشی تک آزمودنی. فصلنامه تعلیم و تربیت. ۱۳۸۵؛ (۱۰): ۲۵-۱۵.
- ۲۳- نوفرستی اعظم. بررسی اثربخشی و کارایی روش درمان کنترل پنیک در درمان بیماران مبتلا به اختلال پنیک با یا بدون آگورا فوبیا [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. مشهد: دانشگاه فردوسی؛ ۱۳۸۲. ص. ۸۵.
- ۲۴- مسعودی شاهد. مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری توأم با دارو درمانی و دارو درمانی در بیماران دوقطبی [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. مشهد: دانشگاه فردوسی؛ ۱۳۸۶. ص. ۱۸۰.
- 25- Rash AJ, Fair M. Handbook of psychiatric measures. 2th ed. American: P, A, Washangton, London; 2008. p. 477-782.
- ۲۶- صلواتی مژگان. اثربخشی طرحواره درمانی بر بیماران زن شخصیت مرزی [رساله دکتری]. انستیتو روان‌پزشکی ایران؛ ۱۳۸۶. ص. ۱۳۱.
- ۲۷- حمیدپور حسن. مقایسه کارایی و اثربخشی شناخت درمانی تیزدل با شناخت درمانی بک در درمان اختلال افسرده خوبی [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. مشهد: دانشگاه فردوسی؛ ۱۳۸۴. ص. ۱۱۰.
- 28- Jackes S, Phodes J, Turner T. Effectiveness of cognitive therapy for delusions in routin clinical practice. *Brit J Psychiat.* 1999; (175): 754-766.
- 29- Kuipers E, Garety P, Fowler D, Freeman D, Dunn G, Bebbington P. Cognitive, emotional and social process in psychosis: Refining Cognitive behaviour therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia bull.* 2006; (32): 24-31.
- 30- Watts FN, Powel GE, Austin SV. The modification of abnormal beliefs. *Brit J Med Psychol.* 1973; (46): 359-363.
- 6- Freeman D, Garety PA, Fowler D, Bebbington P, Slater M, Kuipers E, Fowler D, et al. The psychology of persecutory ideation II: A virtual reality experimental study. *J Nerv Ment Dis.* 2005; (193): 309-315.
- 7- Johns LC, Cannon M, Singleton N, Murray RM, Farrell M, Brugha T, et al. The prevalence and correlations of self-reported psychotic symptoms in the British population. *Brit J Psychiat.* 2004; (185): 298-305.
- 8- Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ. Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2006; 163(3): 365-373.
- 9- Huppert JD, Smith TE. Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectr.* 2005; 10(9): 721-731.
- ۱۰- کاپلان ه، سادوک ب. خلاصه روان‌پزشکی، جلد ۲، مترجم: نصرت‌الله پورافکاری. تهران: انتشارات شهرآب؛ ۱۳۸۳. ص. ۲۲.
- ۱۱- روزنهان دیوید ال، سلیگمن مارتین ای پی. روان‌شناسی ناپهنجاری- آسیب شناسی روانی، جلد ۲، مترجم: یحیی سید محمدی. تهران: نشر ارسباران؛ ۱۳۸۴. ص. ۴۲۱.
- 12- Kingdon D, Hansen L. Cognitive therapy for psychosis. *Psychiatry.* 2007; (6): 362-366.
- 13- Alford BA. Behavioral treatment of schizophrenic delusions: A single-case experimental analysis. *Behav Therapy.* 1986; (17): 637-644.
- 14- Kinderman P, Bentall RP. Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation. *J Abnorm Psychol.* 1996; 105(1): 106-113.
- 15- Kingdon DG, Turkington D. Preliminary report: the use of cognitive behaviour therapy and a normalizing rationale in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 1991; (179): 207-211.
- 16- Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G. London-east Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral for psychosis I: Effects of the treatment phase. *Brit J Psychiat.* 1997; (171): 319-327.
- 17- Levine J, Barak Y, Granek I. Cognitive Group Therapy for Paranoid Schizophrenics: Applying Cognitive Dissonance. *J Cogni Psychother.* 1998; 12(1): 3-12