

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده ادبیات و علوم انسانی

گروه روانشناسی

بررسی تاثیر درمان شناختی - رفتاری بر نشانه‌های مثبت اختلال اسکیزوفرنی

استاد راهنما:

دکتر محمد نریمانی

استاد مشاور:

دکتر عباس ابوالقاسمی

نگارش:

جواد محمدی

دانشگاه محقق اردبیلی

زمستان - ۱۳۸۹

تقديم به :

پدر و مادرم که همه لحظه هایم را

مدیون آنانم .

نام خانوادگی دانشجو: محمدی	نام: جواد
عنوان پایان نامه: بررسی تاثیر درمان شناختی - رفتاری بر نشانه‌های مثبت اختلال اسکیزوفرنی	
استاد راهنما: دکتر محمد نریمانی	
استاد مشاور: دکتر عباس ابوالقاسمی	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
دانشکده: ادبیات و علوم انسانی	تاریخ فارغ التحصیلی: ۱۳۸۹/۱۱/۳۰
	شماره صفحه: ۱۱۵
کلید واژه‌ها: اختلال اسکیزوفرنی، درمان شناختی - رفتاری، نشانه‌های مثبت اختلال اسکیزوفرنی	
<p>چکیده:</p> <p>با توجه به اینکه اختلال اسکیزوفرنی از اختلالات نسبتاً شایع روانی در جامعه است، و نظر به اینکه درمان‌های دارویی - حمایتی تا کنون نتوانسته‌اند، پاسخ درمانی قابل اعتماد و بالایی را در مبتلایان به این اختلال ایجاد کنند، هدف از این تحقیق بررسی اثر درمان شناختی - رفتاری به عنوان یک درمان مکمل برای کاهش نشانه‌های مثبت در اختلال اسکیزوفرنی بود. روش تحقیق مطالعه‌ی حاضر آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی بیماران با تشخیص اسکیزوفرنی بستری شده در بیمارستان فارابی کرمانشاه تشکیل دادند. که با توجه به آمار ارائه شده توسط وزارت بهداشت شهرستان کرمانشاه تقریباً ۱۳۵ نفر بودند. نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از مبتلایان به اختلال اسکیزوفرنی بودند که همگی علائم مثبت این اختلال را نشان می‌دادند و به روش تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایشی در معرض روش درمانی - شناختی - رفتاری قرار گرفت. شیوه‌ی مداخله شامل ۱۲ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای بود و پیش‌آزمون، پس - آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش تحلیل واریانس با تکرار گروه‌ها استفاده شد (ANOVA). نتایج بدست آمده از این تحقیق نشان داد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری ($F=9/214$) در رابطه با متغیر پژوهشی یعنی نشانه‌های مثبت وجود دارد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری باعث کاهش نشانه‌های مثبت در اختلال اسکیزوفرنی می‌شود.</p>	

فهرست مطالب :

صفحه عنوان

«فصل اول» : کلیات تحقیق

۲	۱-۱ مقدمه:
۳	۲-۱ بیان مسئله:
۵	۳-۱ ضرورت و اهمیت تحقیق
۷	۴-۱ هدف پژوهش
۷	تعیین میزان اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر علایم مثبت اختلال اسکیزوفرنی.....
۷	۵-۱ فرضیه‌ی پژوهش
۷	۶-۱ تعاریف نظری و عملیاتی مفاهیم
۷	۱-۶-۱ اختلال اسکیزوفرنی
۷	۱-۱-۶-۱ تعریف نظری
۸	۲-۱-۶-۱ تعریف عملیاتی
۸	۲-۶-۱ علایم مثبت اختلال اسکیزوفرنی
۸	۱-۲-۶-۱ تعریف نظری
۸	۲-۲-۶-۱ تعریف عملیاتی

«فصل دوم» : سوابق پژوهشی

۱۰	مقدمه
۱۰	اختلال اسکیزوفرنی
۱۰	۱-۲ تاریخچه اسکیزوفرنی:
۱۱	۱-۱-۲ امیل کراپلین
۱۲	۲-۱-۲ یوگین بلولر
۱۴	۳-۱-۲ کورت اشنايدر
۱۶	۲-۲ تعاریف

۱۶	..... اسکیزوفرنی ۱-۲-۲
۱۷	..... ویژگی‌های توصیفی ۲-۲-۲
۱۸	..... همه‌گیری شناسی ۳-۲-۲
۱۹	..... دوره و پیش‌آگهی ۴-۲-۲
۲۱	..... بررسی پیگیری دراز مدت ۵-۲-۲
۲۲	..... ملاک‌های تشخیص ۳-۲-۲
۲۲	..... خصوصیات اساسی ملاک‌های تشخیصی مختلف اسکیزوفرنی ۳-۲-۲
۲۲	..... ملاک‌های کورت‌اشنایدر ۱-۳-۲
۲۳	..... ملاک‌های گابریل لنگفلت ۲-۳-۲
۲۴	..... شاخص اسکیزوفرنی نیوهومن ۳-۳-۲
۲۵	..... ملاک‌های سنت لوئیس ۴-۳-۲
۲۶	..... ملاک‌های تسوانگ و وینکور ۵-۳-۲
۲۷	..... سبب‌شناسی اسکیزوفرنی ۴-۲
۲۷	..... عوامل ژنتیکی ۱-۴-۲
۲۸	..... نظریه تک ژنی ۱-۱-۱-۴-۲
۲۸	..... نظریه چند ژنی ۲-۱-۱-۴-۲
۲۹	..... ناهمگونی ژنی ۳-۱-۱-۴-۲
۲۹	..... بررسی‌های خانوادگی ۲-۱-۴-۲
۳۱	..... بررسی دوقلوها ۳-۱-۴-۲
۳۲	..... مطالعات مربوط به فرزند خواندگی ۴-۱-۴-۲
۳۳	..... مشاوره ژنتیکی ۵-۱-۴-۲
۳۳	..... ساختمان بدنی ۶-۱-۴-۲
۳۴	..... نظریه‌های زیستی - شیمیایی ۲-۴-۲
۳۵	..... فرضیه دوپامین ۱-۲-۴-۲
۳۸	..... فرضیه سروتونین ۲-۲-۴-۲

- ۳۸ فرضیه نوراپینفرین ۳-۲-۴-۲
- ۳۹ فرضیه گابا ۴-۲-۴-۲
- ۳۹ نابهنجاریهای ساختمان مغز ۳-۴-۲
- ۴۰ نابهنجاریهای روانی- فیزیولوژیکی ۱-۳-۴-۲
- ۴۱ نقشه برداری از فعالیت مغز ۲-۳-۴-۲
- ۴۱ پاسخ سوگیری ۳-۳-۴-۲
- ۴۲ حرکات چشم ۴-۳-۴-۲
- ۴۳ آزمون عملکرد مستمر ۵-۳-۴-۲
- ۴۳ کنش شناختی ۴-۴-۲
- ۴۳ حافظه ۱-۴-۴-۲
- ۴۵ اختلال تفکر ۲-۴-۴-۲
- ۴۶ زبان ۳-۴-۴-۲
- ۴۷ روابط خانوادگی ۵-۴-۲
- ۴۷ نابهنجاریهای ارتباط خانوادگی ۱-۵-۴-۲
- ۴۸ ابراز هیجان و هیجان منفی ۲-۵-۴-۲
- ۴۹ تعاملات مختل زندگی ۳-۵-۴-۲
- ۵۰ نقش اجتماع ۶-۴-۲
- ۵۰ نظریه انتخاب اجتماعی ۱-۶-۴-۲
- ۵۰ نظریه افزایش فشار روانی ۲-۶-۴-۲
- ۵۱ دیدگاههای روانشناختی ۷-۴-۲
- ۵۲ دیدگاه روانپوشی ۱-۷-۴-۲
- ۵۳ دیدگاه رفتاری نگر ۲-۷-۴-۲
- ۵۴ دیدگاه خانوادگی ۳-۷-۴-۲
- ۵۴ نقش مادران ۱-۳-۷-۴-۲
- ۵۵ فرضیه ارتباط مضاعف ۲-۳-۷-۴-۲

- ۵۷ ۴-۷-۴ دیدگاه شناختی
- ۵۸ ۵-۲ درمان اسکیزوفرنی
- ۵۹ ۱-۵-۲ دارودرمانگری
- ۶۱ ۲-۵-۲ درمانگری‌های روانشناختی
- ۶۲ ۱-۲-۵-۲ نظامهای تقویت
- ۶۳ ۲-۲-۵-۲ آموزش مهارت‌های اجتماعی
- ۶۴ ۳-۲-۵-۲ برنامه جامع بازپروری
- ۶۵ ۴-۲-۵-۲ درمانگری خانوادگی
- ۶۵ ۱-۴-۲-۵-۲ آموزش مهارت‌های حمایتی لازم
- ۶۶ ۲-۴-۲-۵-۲ کمک به تحول روابط غیرمرضی به وسیله بازی نقش و عقد قراردادهای خانوادگی
- ۶۶ ۳-۴-۲-۵-۲ روشهای حل مساله
- ۶۷ ۳-۵-۲ گروه‌های خودیاری
- ۶۷ ۶-۲ درمان شناختی - رفتاری اسکیزوفرنی
- ۶۷ ۱-۶-۲ تاریخچه
- ۶۹ ۲-۶-۲ تعاریف
- ۶۹ ۱-۲-۶-۲ درمان شناختی - رفتاری
- ۶۹ ۲-۲-۶-۲ اصول درمان شناختی - رفتاری
- ۷۰ ۳-۲-۶-۲ انواع درمان شناختی - رفتاری
- ۷۲ ۴-۲-۶-۲ کاربرد درمان شناختی - رفتاری
- ۷۲ ۳-۶-۲ انواع درمان‌های شناختی - رفتاری اسکیزوفرنی
- ۷۲ ۱-۳-۶-۲ روش‌های کنشگر
- ۷۳ ۱-۱-۳-۶-۲ توهم‌ها
- ۷۴ ۲-۱-۳-۶-۲ هذیان‌ها
- ۷۴ ۳-۱-۳-۶-۲ اقتصاد ژتونی
- ۷۵ ۲-۳-۶-۲ سایر روش‌های مهندسی رفتار

۷۵	..... حساسیت زدایی منظم. ۱-۲-۳-۶-۲
۷۶	..... درمان انزجاری ۲-۲-۳-۶-۲
۷۷	..... تغییر باور ۳-۲-۳-۶-۲
۷۹	..... رویکرد آموزش مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های زندگی ۳-۳-۶-۲
۸۰	..... رویکردهای تواناسازی ۴-۳-۶-۲
۸۰	..... تحریک متضاد حواسپرتی ۱-۴-۳-۶-۲
۸۲	..... درمان از طریق بستن گوش ۲-۴-۳-۶-۲
۸۲	..... تعلیم خودآموزی ۳-۴-۳-۶-۲
۸۳	..... رویکردهای تمرکز و خودبازبینی ۵-۳-۶-۲
۸۴	..... آموزش حل مساله ۶-۳-۶-۲
۸۵	..... سابقه پژوهش ۷-۲
۸۷	..... جمع بندی
	«فصل سوم»: <u>روش اجرای پژوهش</u>
۹۰	..... مقدمه
۹۰	..... ۱-۳ روش اجرای پژوهش
۹۰	..... ۲-۳ جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری
۹۱	..... ۳-۳ وسایل و ابزار مورد نیاز برای طرح
۹۱	..... مقیاس ارزیابی علامت‌های مثبت (SAPS)
۹۲	..... ۴-۳ شیوه اجرای درمان
۹۲	..... روش مداخله
۹۲	..... محتوای جلسات
۹۴	..... ۵-۳ روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها
	«فصل چهارم»: <u>یافته‌های پژوهش</u> :
۹۶	..... ۱-۴ یافته‌های جمعیت شناختی
۹۶	..... جدول ۱-۴ توزیع فراوانی و درصد وضعیت جنسیت در دو گروه مورد مطالعه

جدول ۲-۴ توزیع فراوانی و درصد وضعیت تحصیلی در دو گروه مورد مطالعه	۹۷
نمودار ۲-۴ توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی	۹۸
جدول ۳-۴ توزیع فراوانی و درصد وضعیت سن در دو گروه مورد مطالعه	۹۸
جدول ۴-۴ توزیع فراوانی و درصد وضعیت شغلی پیش از بیماری	۱۰۰
نمودار ۴-۴ توزیع فراوانی وضعیت شغلی پیش از بیماری	۱۰۰
جدول ۵-۴ میانگین و انحراف معیار برای پیش آزمون و پس آزمون متغیر نشانه‌های مثبت	۱۰۱
۳-۴ نتایج مربوط به فرضیه‌ها:	۱۰۲
«فصل پنجم»: بحث و نتیجه گیری	
۱-۵ بحث	۱۰۴
۲-۵ محدودیت‌ها:	۱۰۷
۳-۵ پیشنهادهای تحقیق:	۱۰۸
منابع	۱۰۹

فهرست جداول و نمودارها

صفحه	جدول
۹۵.....	جدول ۱-۴ توزیع فراوانی و درصد وضعیت جنسیت در دو گروه مورد مطالعه
۹۶.....	نمودار ۱-۴ توزیع فراوانی آزمودنی‌ها با توجه به متغیر شخصیت
۹۶.....	جدول ۲-۴ توزیع فراوانی و درصد وضعیت تحصیلی در دو گروه مورد مطالعه
۹۷.....	نمودار ۲-۴ توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی
۹۷.....	جدول ۳-۴ توزیع فراوانی و درصد وضعیت سنی در دو گروه مورد مطالعه
۹۸.....	نمودار ۳-۴ توزیع فراوانی وضعیت سنی
۹۹.....	جدول ۴-۴ توزیع فراوانی و درصد وضعیت شغلی پیش از بیماری در دو گروه مورد مطالعه
۹۹.....	نمودار ۴-۴ توزیع فراوانی وضعیت شغلی پیش از بیماری
	جدول ۵-۴ میانگین و انحراف معیار برای پیش آزمون و پس آزمون متغیر نشانه‌های مثبت
۱۰۰.....	در گروه آزمایش و کنترل
۱۰۱.....	جدول ۶-۴ تحلیل واریانس با تکرار گروه‌ها

«فصل اول»

کلیات تحقیق

۱-۱ مقدمه:

در شروع مطالعات بیماری‌شناسی این گونه فرض می‌شد که اسکیزوفرنی شروع یک دوره زوال غیر قابل برگشت است. اما مشاهدات بالینی و مطالعات طولی که در اروپا و آمریکا به عمل آمد این اندیشه را در اذهان زنده کرد که ماهیت اسکیزوفرنی در طول زمان می‌تواند تغییرات عمده‌ای را پذیرا باشد. اگرچه تغییرات در کوتاه مدت و میان مدت می‌تواند ضمنی باشد. با این حال توسعه روش‌های دارو درمانی در چهار دهه اخیر حاکی از این پیشرفت عمده در کنترل و مقابله با اسکیزوفرنی بوده است. چرا که استفاده از داروها بطور قابل ملاحظه‌ای موجب کاهش نشانه‌های عمده اسکیزوفرنی گردید است. از این گذشته استفاده پیشگیرانه از داروهای روان گردان، امکان نگهداری عمومی بیماران اسکیزوفرنیک را افزایش داده و از طرفی موجب کاهش مدت زمان بستری شدن در بیمارستان‌ها گردیده است. با این حال نارسایی‌های تجویز و مصرف داروهای روانگردان در حال حاضر آشکار شده‌اند. برای مثال تعدادی از بیماران از داوم مصرف این داروها اجتناب می‌کنند. بویژه اینکه از این داروها به صورت نامناسب استفاده می‌کنند و کسانی که به چنین فرایندی دچار می‌شوند. در کوتاه مدت با عود بیماری مواجه می‌شوند به نحوی که مطالعات نشان می‌دهند تا حدود ۳۰ الی ۵۰ درصد این افراد بعد از قطع دارو و یا استفاده نامناسب از این داروها با عود بیماری مواجه می‌شوند (فالون^۱، ۱۹۸۷).

از طرفی کاربرد روش‌های رفتاری بویژه فنون مبتنی بر اصول شرطی کنشگر در درمان علائم و نشانه‌های اختلالات سایکوتیک دیرینه‌ای در حدود نیم قرن دارد. بویژه در طی دهه‌های ۶۰ و ۷۰ میلادی قرن گذشته، کوشش‌های فراوانی در این زمینه صورت گرفت و مطالعات تک موردی و نیز گروهی که اثر بخشی روش‌های رفتاری را در درمان نشانه‌های منفی اسکیزوفرنی تایید کرده‌اند به طور فراوان منتشر گشتند و نیز کوشش‌هایی جهت درمان نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی (مثل توهم شنیداری) نیز صورت

¹ Fallon

گرفت و این کوشش‌ها به شکل گیری یک برنامه درمانی منسجم و مشخص رفتاری برای درمان نشانه-های سایکوتیک منجر گشت (هوگارتی^۱، ۱۹۸۵).

در دهه‌های اخیر میلادی رفتار درمانی آنقدر بسط یافت که توانست مفاهیم شناختی را که اکنون به زبان متدولوژی علم معرفی می‌شدند در برگیرد و محققان کوشیدند تا روش‌های شناختی - رفتاری ویژه‌ای را جهت درمان نشانه‌های مثبت (هذیان‌ها و توهم‌های شنیداری) و نشانه‌های منفی (فقدان مهارت‌های خودیاری و اجتماعی) حالات سایکوتیک معرفی کنند (گیلیان^۲، ۱۹۹۷).

هدف اصلی این تحقیق نیز بررسی میزان تاثیر درمان شناختی - رفتاری بر کاهش شدت نشانه‌های مثبت در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی است.

۱-۲ بیان مسئله:

هیچ اختلال روانی، پیچیده‌تر و عجیب‌تر از اسکیزوفرنی وجود ندارد. اسکیزوفرنی یک اختلال واحد نیست، بلکه مجموعه‌ایی از روان‌پریشی‌هاست (روزنهان و سلیگمن^۳، ۲۰۰۷) 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 (جیمز باچر^۴، ۲۰۰۷). این اختلال ناتوان کننده معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل جوانی پدیدار گردیده، روند اجتماعی شدن و رشد مهارت‌های زندگی را مختل نموده و سبب افزایش انزوای اجتماعی و ناکامی در ایفای نقش‌های اجتماعی می‌گردد (لیبرمن و موری^۵، ۲۰۰۱).

علائم این اختلال به دو دسته مثبت و منفی تقسیم‌بندی می‌شوند. علائم مثبت، فزونی‌های آسیب‌شناسانه شخصیت هستند و یا رفتارهای غریبی چون هذیان‌ها و توهم‌ها که به رفتارهای عادی فرد بیمار افزوده می‌شوند. علائم منفی، کمبودهای آسیب‌شناسانه شخصیت هستند که شخص بیمار فاقد آن‌هاست. فقر در گفتار، واکنش‌های کند و سطحی، از دست دادن اراده و گریختن از اجتماع، نشانه‌هایی هستند که معمولاً در این بیماران دیده می‌شوند (نوردگارد و آرنفورد، ۲۰۰۸).

1- Hogarty

4 James Bocher

2-Gillian

5- Lieberman& Muray

3- Rosenhan & Seligman

6- Nordgard

به دلیل شیوع زودرس بیماری و ایجاد اختلال در همه عمر و نیاز به مراقبت‌های پیوسته و پیگیر اختلال یاد شده هزینه هنگفت و فزاینده‌ایی را بر سامانه بهداشتی- روانی وارد می‌کند. به طوریکه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی همواره نیمی از تخت‌های بیمارستان‌های روانی را اشغال می‌کنند (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۰).

خیلی از افراد وقتی آگاه می‌شوند که اسکیزوفرنی به اندازه صرع شایع است، تعجب می‌کنند. خطر مبتلا شدن به اسکیزوفرنی در طول زندگی در حدود ۱ درصد است (گاتسمن^۲، ۱۹۹۱). این بدان معنی است که از هر صد نفر که این روزها به دنیا می‌آیند و تا ۵۵ سالگی زنده می‌مانند، یک نفر به این اختلال دچار خواهد شد (جابلسکی و کول^۳، ۱۹۹۷).

اگر چه داروهای روانگردان معمولاً درمان انتخابی اسکیزوفرنی محسوب می‌شوند، بسیاری از بیماران اسکیزوفرنیک به این درمان پاسخ نمی‌دهند. در حقیقت اگر چه انواع مختلف داروهای روانگردان صرف‌نظر از نوع تشخیص به صورت تصادفی برای بیماران مختلف تجویز می‌گردد، یک الگوی ویژه در مورد پاسخ‌دهی به داروهای روانگردان مشخص نشده است (کندال^۴، ۱۹۸۹). اما اغلب روانشناسانی که رفتار سایکوتیک را بررسی می‌کنند، از عقیده بلولر که فرض می‌کرد، نشانه‌های اسکیزوفرنی اختلال تفکر را منعکس می‌کند، متاثر هستند (هاروی و نیل^۵، ۱۹۸۳). با این حال بلولر باور داشت که این اختلال جزئی از ساختار زیستی فرد است و احتمال عود آن وجود دارد (سلگیمن و روز نهان^۶، ۲۰۰۷).

هماهنگ با این دیدگاه که اختلالات سایکوتیک اغتشاشات زیرساز زیست شناختی را انعکاس می‌دهد، اغلب محققان روانشناسی نیز بر نقایص شناختی در سایکوز تمرکز کرده‌اند، در حقیقت شواهد خوبی وجود دارد که نشان می‌دهد چنین نقایصی در بیماران سایکوتیک وجود دارد (همسلی^۷، ۱۹۹۰). بنابراین پژوهش‌های روانشناختی به الگوهایی از آسیب شناختی روانی منجر می‌گردد که می‌تواند یافته‌های زیست شناختی و روانی را با هم تلفیق نماید (بنتال^۸، ۱۹۹۱).

اصلی‌ترین مزیت چنین دیدگاهی برای بیماران، طراحی مداخلات شناختی - رفتاری است که به طور دقیق نابهنجاری‌های شناختی را نشانه می‌گیرد که زیر بنای ویژه بیماری‌اند. مداخلات شناختی - رفتاری

¹ Sadock & Sadock

⁴ Kendoll

⁷ Hamsly

2- Gotsman

5- Hrrvey & Neale

8- Bentall

3- Jolehensky & Kol

6- Rosenhan & Seligman

در سایکوزها هنوز دوران اولیه خود را می‌گذرانند (اسلید^۱، ۱۹۹۰).

درمان شناختی- رفتاری درصدد اصلاح یا تغییر الگوهای تفکر است که در مشکلات بیمار نقش دارند. این فنون از حمایت تجربی برخوردارند (اسمیت و همکاران، ۱۹۸۰) و جزء موثرترین مداخلات شناختی هستند. برای مثال، آخرین فهرست درمان‌های دارای حمایت تجربی، در سیطره درمان‌های شناختی- رفتاری است (چمبلس و همکاران^۲، ۱۹۹۸).

باید گفت این روش در مقابل دیگر روش‌ها از دامنه بیشتری جهت گسترش برخوردار است. اخیراً تعدادی از مداخله‌های کنترل شده تکامل یافته‌اند و بنابراین به نظر مفید می‌رسد، تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر روی اینگونه بیماران مورد آزمون قرار بگیرد (استارتور و همکاران^۳، ۲۰۰۴).

نتایج اولیه‌ای که از بررسی همه روش‌های شناختی- رفتاری بدست آمده، نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند همه علائم اختلال اسکیزوفرنی را پوشش دهد و نیز در مقایسه با درمان‌های کنترل (درمان دارویی- حمایتی) درمان شناختی- رفتاری نشان داده که از توان اثرگذاری بیشتری در پوشش دادن علائم اختلال، بویژه در محدوده زمانی کوتاه‌تری در مقایسه با دیگر روش‌ها برخوردار است (پیلینگ و همکاران^۴، ۲۰۰۲).

همانطور که گفته شد، بنابر تحقیقات صورت گرفته مشخص شده است که استفاده از درمان شناختی- رفتاری در درمان اختلال اسکیزوفرنی، به کاهش شدت نشانه‌های مثبت این اختلال منجر خواهد شد (جی زیمرمن و همکاران^۵، ۲۰۰۵) همچنین نشان داده شده است که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی را کاهش دهد (پاتریک کاریگون^۶، ۱۹۹۵) و نیز این درمان نشان داده است که در بهبود عملکرد اجتماعی مبتلایان به اختلال اسکیزوفرنی موثر می‌باشد (تیل ویکز^۷، ۲۰۰۷).

اکنون، سوال اصلی تحقیق حاضر این است که آیا درمان شناختی- رفتاری در بهبود علائم مثبت اختلال اسکیزوفرنی تأثیر دارد؟

۱-۳ ضرورت و اهمیت تحقیق

اسکیزوفرنی معمولاً یک بیماری همیشگی است و علی‌رغم درمان با داروهای ضدسایکوز در بیش از

¹ Slade

2- chambels

3- Startur

⁴ Pilling

5- Zimmerma G

6- Patrick

⁷ Til Wykes

نیمی از تشخیص‌ها این بیماری بهبودی ضعیفی را نشان می‌دهد (گیبل و فرومام^۱، ۲۰۰۰). معمولاً براساس بهترین تخمین‌ها هنوز هم فرض می‌شود که ۳۰ تا ۴۰ درصد از همه آنهایی که مبتلا به اسکیزوفرنی پیشرفته هستند، نشانه‌های آنها در طول زمان، علی‌رغم فراهم بودن امکانات دارویی، باز هم پیشرفت می‌کند (کانن و جونز^۲، ۱۹۹۶).

با اینکه داروهای ضدسایکوز در درمان علایم مثبت و علایم حاد اسکیزوفرنی و در کاهش فراوانی عود بیماری موثر هستند، با این وجود براساس مشاهدات معنادار، بیماران باز هم مشکلات اساسی را حتی هنگام مصرف داروها تجربه می‌کنند (استول^۳، ۱۹۹۹). از طرفی فراتر از علایم مثبت در اسکیزوفرنی، امروزه درمان علایمی که پاسخ ضعیفی به درمان می‌دهند، در دستور کار قرار گرفته که این علایم شامل علایم منفی ماندگار مانند هیجان پایین، عقب نشینی هیجانی و اجتماعی و عاطفه کند می‌شود (تولفسون و سنگر^۴، ۱۹۹۲).

استمرار این علایم در اسکیزوفرنی باعث فشار و رنج شخصی شده و همچنین اثرات بدی را بر کیفیت زندگی فرد و خانواده فرد مبتلا می‌گذارد (کوپرز و همکاران^۵، ۱۹۹۷). در این رابطه دشواری اصلی بیماران و مراقبین افراد بیمار، مشکلات قانونی، هزینه‌های اقتصادی و نیز کاهش عملکرد اجتماعی است (بوستیلو و همکاران^۶، ۱۹۹۹).

با در نظر گرفتن زمینه زیستی این اختلال، هرگونه فرایند روانشناختی مستلزم پاره‌ای از مشاهدات و ادراکات کلیدی است، هر چند که معمولاً توهم‌ها و هذیان‌ها به اختلالات اسکیزوفرنی نسبت داده می‌شوند، با این وجود آنها در بعضی اوقات توسط افرادی که بهنجار بوده‌اند و نیز توسط کسانی که خود را بیمار روانی نمی‌دانند، نیز گزارش می‌گردد (رومه و اسکر^۷، ۱۹۸۹). از دیگر سو، تفاوت‌های فرهنگی قابل ملاحظه‌ای در تجربه توهم‌ها گزارش می‌گردد که نقش عوامل غیرزیستی را در این اختلال مطرح می‌کند. این تفاوت هم در میزان توهم‌های گزارش شده توسط افراد دیده می‌شود (بوگیو گنون^۸، ۱۹۷۰) و هم در کیفیت توهم‌های گزارش شده توسط متخصصانی که در نقاط مختلف دنیا بیماران را معاینه کرده‌اند (العیسی^۹، ۱۹۸۸).

1 Gaebel & Frommam
4 Toollefson & Sangar
7 Romme & Escher

2-Cannon & Jones
5- Kuipers
8- Bourgui Gnon

3- Stohl
6- Bustillo
9- Al Issa

مطالعات بالینی هم نشانگر این قضیه است که توهم‌ها اغلب در مواقع فشار به وقوع می‌پیوندند (اسلید^۱، ۱۹۷۳). از این جهت ضرورت نیاز به بحث و تحقیق درباره درمان‌های نوین برای بهبود نشانه‌های اسکیزوفرنی و نقایص شناختی به روشنی احساس می‌شود (کیرک پاتریک و همکاران^۲، ۲۰۰۶). در این زمینه درمان شناختی- رفتاری به خوبی سودمندی خود را در ممانعت از بروز نشانه‌ها در طول زمان و یا به تاخیر انداختن علائم عود کننده نشان داده است (تورکینگتون و همکاران^۳، ۲۰۰۶). بیشتر مطالعات بیان کرده‌اند که درمان شناختی رفتاری اثرات کلینیکی قابل توجهی را بر روی کاهش فراوانی و شدت علائم اسکیزوفرنی فراهم می‌کند. به ویژه ناراحتی و رنج مرتبط با توهم‌ها و هذیان‌ها، که این قضیه در پیگیری‌های بعد از درمان با این روش به اثبات رسیده است (رکتور و بک^۴، ۲۰۰۵).

۱-۴ هدف پژوهش

تعیین میزان اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر علائم مثبت اختلال اسکیزوفرنی.

۱-۵ فرضیه‌ی پژوهش

درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش شدت علائم مثبت در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی می‌شود.

۱-۶ تعاریف نظری و عملیاتی مفاهیم

۱-۶-۱ اختلال اسکیزوفرنی

۱-۶-۱-۱ تعریف نظری

اسکیزوفرنی بر اساس فقدان تماس با واقعیت و بروز ضایعه‌هایی در قلمرو ادراک، پردازش خبر و پاسخ به محرک‌های محیط مشخص می‌شود. به عبارت دیگر توهم، هذیان و منزوی شدن در جهانی که تقریباً از تاثیر افراد یا رویدادهای پیرامونی به دور است، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را متمایز می‌کند (کامر^۵، ۱۹۹۵).

¹ Slade

2- Kirk Patrick

3- Turkington

⁴ Rector & Beck

5- Comer

۲-۱-۶-۱ تعریف عملیاتی

در بدو ورود بیماران به مرکز درمانی، یک مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک مرکز صورت می‌گیرد که در پایان این مصاحبه، تشخیص وجود اختلال اسکیزوفرنی بر اساس تشخیص چند محوری و منطبق با معیارهای DSM- IV TR صورت می‌گیرد. پس از پایان مرحله تشخیص، بیمارانی که مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی تشخیص داده شده‌اند، در جمعیت مورد آزمایش این تحقیق قرار می‌گیرند.

۲-۶-۱-۱ علایم مثبت اختلال اسکیزوفرنی

۱-۲-۶-۱-۱ تعریف نظری

علایم مثبت به نشانه‌های آشکار و تغییر شکل مفرط رفتار بهنجار اشاره دارند. هذیان‌ها، بی‌نظمی‌های افکار و گفتار، توهم‌ها و دیگر اختلال‌های ادراکی و عواطف نامتناسب از عمده‌ترین نشانه‌های مثبت تلقی می‌شوند (دوران^۱، ۱۹۹۷).

۲-۲-۶-۱-۱ تعریف عملیاتی

جهت سنجش شدت علایم مثبت، از مقیاس SAPS^۲ که به منظور سنجش میزان علایم مثبت اختلال اسکیزوفرنی تهیه شده است، استفاده شده است. این نشانه‌های مثبت شامل توهم، هذیان، رفتارهای عجیب و غریب و اختلال صوری فکر می‌باشند. استفاده از این آزمون نیاز به انجام یک مصاحبه بالینی استاندارد جهت ارزیابی علایم مثبت دارد. زمانی که اختلال صوری فکر یک نشانه مثبت مهم بود، جهت شناخت سبک آزمودنی در صحبت کردن و پاسخ دادن به سوال‌ها ابتدا صحبت در ارتباط با یک موضوع خنثی به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه آغاز می‌شد. پس از آن محقق، بر اساس سوالات مندرج در پرسشنامه، شروع به پرسیدن سوال‌های خاص درباره علایم مثبت مختلف می‌پرداخت.

«فصل دوم»

مبانی نظری پژوهش

و

سوابق پژوهشی