

## کارآیی روش‌های شناخت - رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی در درمان اسکیزوفرنی (مطالعه موردی)

دکتر محمد خدایاری فرد

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

### چکیده

تقریباً از هر صد نفر، یک نفر از بیماری اسکیزوفرنی رنج می‌برد. این بیماری می‌تواند سیری طولانی مدت و یا کوتاه مدت داشته باشد و اثرات آن از دامنه متوسط تا شدید در نوسان باشد. در حالت مزمن، این بیماری ساختار شخصیت فرد را از هم می‌پاشد و فعالیت‌های او را مختل می‌سازد. آمار منتشر شده از سوی سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که تعداد ۲۷/۰۰۰/۰۰۰ نفر از کل جمعیت جهان مبتلا به انواع مختلف اسکیزوفرنی هستند، این بیماری پرهزینه‌ترین اختلال روانی از نظر هزینه درمان است. دیده شده است بسیاری از بیماران اسکیزوفرنیک به درمان‌های دارویی پاسخ نمی‌دهند. هم‌چنین اثرات جانبی داروها باعث می‌شود که اثربخشی آنها جهت درمان به میزان زیادی کاهش یابد. از این رو، پژوهشگران سعی در ایجاد و توسعه درمان‌های شناختی - رفتاری جهت درمان این بیماری کرده‌اند. در این پژوهش یک آزمودنی بزرگسال اسکیزوفرنیک با استفاده از روش شناخت - رفتاردرمانگری توأم با دارو درمانی، مورد مطالعه و درمان قرار گرفته است. یافته‌ها نشان می‌دهند که این روش درمانی کارایی زیادی را جهت درمان بیماری داراست. کلید واژه‌ها: اسکیزوفرنی، شناخت - رفتاردرمانگری، دارو درمانی، مطالعه موردی.

## مقدمه

اسکیزوفرنی<sup>۱</sup> بیماری ویرانگری است که در شرایط حاد می‌تواند ساختار شخصیت فرد را از هم فروپاشد و باعث اختلال در افکار، احساسات، و اعمال فرد شود و در نتیجه بر عملکرد و روابط شخصی، خانوادگی، و اجتماعی فرد تأثیر گذارد و آنها را مختل سازد. اگر چه در مطالعات و پژوهش‌های مختلف میزان شیوع اسکیزوفرنی بین ۰/۲ تا ۲ درصد گزارش و برآورد شده است، اما شیوع اسکیزوفرنی در طول زندگی غالباً بین ۰/۵ تا ۱ درصد برآورد شده است (۱۹۹۴ و DSM-IV)<sup>۲</sup>. این در حالی است که میزان اسکیزوفرنی در ایالت متحده آمریکا و اروپا بین ۳ تا ۶ درصد است و دو سوم این افراد نیازمند بستری شدن هستند. قریب به ۵۰ درصد این بیماران در یک پی‌گیری ۲۰ ساله اقدام به خودکشی کرده‌اند و ۱۰ درصد آنها در اقدام خود موفق می‌شوند (هادوک<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). هم‌چنین آمار منتشر شده از سوی سازمان جهانی بهداشت<sup>۴</sup> (۱۹۹۷) حاکی است که تعداد ۲۷/۰۰۰/۰۰۰ نفر از کل جمعیت جهان مبتلا به انواع مختلف اسکیزوفرنی هستند که بر طبق درجه بندی عوامل بیماری‌زایی رتبه هفتم را به خود اختصاص داده است. شواهد نشان می‌دهند شیوع اسکیزوفرنی با تراکم جمعیت در مناطق و شهرهای دارای جمعیت زیاد و یک میلیون نفر به بالا رابطه دارد و تقریباً ۵۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های روانی را بیماران اسکیزوفرنیک اشغال می‌کنند و ۱۶ درصد بیماران روان‌پزشکی که به نوعی تحت درمان قرار دارند، اسکیزوفرنیک هستند (کاپلان و سادوک<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳). از سویی، اسکیزوفرنی پرهزینه‌ترین اختلال روانی از نظر هزینه مستقیم درمان، فقدان کارایی درمان و هزینه‌های مربوط به خدمات عمومی است. تخمین زده شده است که هزینه سالانه اسکیزوفرنی در ایالت متحده آمریکا معادل ۲

1. Schizophrenia

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 ed

3. Haddock

4. World Health Organization

5. Kaplan &amp; Sadock

درصد تولید ناخالص ملی است و مراقبت روان پزشکی مستقیم فقط ۲۰ درصد از این هزینه را شامل می‌شود و مابقی آن مربوط به فقدان کارایی درمان و هزینه‌های بستری شدن است (هادوک و همکاران، ۱۹۹۹). از سوی دیگر، آمارهایی که براساس طرح‌های پژوهشی سازمان بهزیستی ایران انجام گرفته نشان می‌دهند که میزان شیوع این بیماری حداقل در بعضی از شهرستان‌ها بسیار بالاتر از میزان اعلام شده یعنی ۱/۵ در هر صد هزار نفر است (حسینی، ۱۳۷۸).

هرچند که اسکیزوفرنی به عنوان یک بیماری واحد مورد بحث قرار می‌گیرد، این طبقه تشخیصی می‌تواند انواعی از اختلالات را که با علائم رفتاری نسبتاً مشابه تظاهر می‌کنند دربرگیرد. اسکیزوفرنی احتمالاً مرکب از گروهی اختلالات با علل ناهمگون است و دربرگیرنده بیماری‌هایی است که شکل بالینی، پاسخ‌های درمانی، و سیر بیماری آنها متفاوت است. عمده‌ترین علل اسکیزوفرنی عبارتند از: (۱) عوامل ژنتیکی؛ (۲) عوامل زیست - شیمیایی<sup>۱</sup>؛ (۳) عوامل محیطی و (۴) روابط والد - فرزندی<sup>۲</sup> (امور عمومی بهداشت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰). بر اساس چهارمین مجموعه طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا ملاک‌های تشخیصی و علایم مشخصه اسکیزوفرنی عبارتند از وجود دو یا چند مورد از علائم زیر که هر یک در دوره‌ای یک ماهه دوام داشته‌اند:

(۱) هذیان<sup>۴</sup>؛ (۲) توهم<sup>۵</sup>؛ (۳) تکلم آشفته (خارج از خط، مکرر، یا بی‌ربط)؛ (۴) رفتار آشفته آشکار یا کاتاتونیک<sup>۶</sup>؛ و (۵) علائم منفی، یعنی کندشدن عاطفه، حرف نزدن، یا فقدان اراده. انواع فرعی این بیماری عبارتند از: (۱) نوع پارانوئید<sup>۷</sup>؛ (۲) نوع آشفته<sup>۸</sup>؛ (۳) نوع

---

1. Biochemical factors

2. Parent - child relationships

3. Health Public Affairs

4. Deusion

5. Halucination

6. Catationic

7. Paranoid type

8. Disorganized type

کاتاتونیک؛ ۴) نوع نامتمایز<sup>۱</sup>؛ و ۵) نوع باقیمانده<sup>۲</sup>. هم‌چنین علائم و ملاک‌های تشخیصی اسکیزوفرنی نوع پارانوئید عبارتند از:

۱. اشتغال ذهنی در مورد یک یا چند هذیان یا توهمات شنیداری مکرر.
۲. هیچ‌یک از علائم زیر بارز نیستند: تکلم آشفته، رفتار آشفته یا کاتاتونیک، و عاطفه سطحی یا نامتناسب.

این نوع اسکیزوفرنی با علائمی چون اضطراب، خشم، گوشه‌گیری و مشاجره همراه است و افراد مبتلا به این نوع اختلال ممکن است یک حالت برتر و ترحم‌آمیز داشته باشند که یا به صورت تصنعی و رسمی است و یا به شکل تمایل افراطی برای تعاملات بین فردی. موضوعات گزند و آسیب، فرد را مستعد رفتار خودکشی و خشونت می‌کند و فرد ممکن است در آزمون‌های نوروسایکولوژی یا دیگر آزمون‌های شناختی هیچ‌گونه آسیب یا آسیبی جدی نشان ندهد (DSM-IV).

اگرچه بستری شدن در بیمارستان موجب کاهش تنیدگی بیمار اسکیزوفرنیک می‌شود و به او در سازمان‌دهی فعالیت‌های روزانه‌اش کمک می‌کند، شواهد مبین آن است که برنامه‌های درمانی فعال با روش‌های رفتاری - شناختی مؤثرتر از مراقبت محض در مؤسسات درمانی است (فارمر<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۳؛ مک‌گوفین<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛ نقل از هادوک و همکاران، ۱۹۹۹). هر چند داروهای روان‌گردان معمولاً درمان انتخابی اسکیزوفرنی محسوب می‌شوند، بسیاری از بیماران اسکیزوفرنیک به این درمان‌ها پاسخ نمی‌دهند. در واقع، گرچه انواع مختلف داروهای روان‌گردان - صرف‌نظر از نوع تشخیص - برای این بیماران تجویز می‌شوند، یک الگوی ویژه در مورد پاسخ به داروهای روان‌گردان مشخص نشده است (کندال<sup>۵</sup>، ۱۹۸۹؛ نقل از هادوک و اسلید<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶).

1. Undifferentiated type

2. Residual type

3. Farmer

4. Mc Guffin

5. Kendal

6. Haddock & Slade

هم‌چنین پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند علاوه بر اینکه نسبت بزرگی از بیماران اسکیزوفرنیک به درمان‌های دارویی پاسخ نمی‌دهند (براون و هرز<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹؛ نقل از کینگ‌دان و تورکینگتون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸) و نشانه‌های بیماری معمولاً پس از قطع دارو در اکثر این بیماران (۷۵ درصد) عود می‌کند (سازمان بهداشت عمومی، ۱۹۹۰) اثربخشی داروهای روان‌گردان به واسطهٔ اثرات جانبی آنها نیز محدود می‌شوند؛ به طوری که اثرات جانبی این داروها باعث شده است بعضی از افراد آن را مانعی جدی برای درمان بدانند (کایپرز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶).

در مطالعه‌ای در مورد نگرش به داروهای روان‌گردان دیده شد که هم بیماران و هم روان‌پزشکان میزان تشویش‌آور بودن عوارض جانبی این داروها را در حد نشانه‌هایی ارزیابی کردند که این داروها برای درمان آنها به کار می‌روند (سیدل<sup>۴</sup>، تورکینگتون و دادلی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷). از طرفی، در بسیاری از بیماران اسکیزوفرنیک، به خصوص در کسانی که علائم بیماری با دوام دارند، احتمال عود بیماری با قطع دارو بالاست و تقریباً دو سوم بیمارانی که ۳ تا ۵ سال در حالت بهبود رضایت‌بخش بوده‌اند، طی ۱۸ ماه و اکثراً بین ۳ تا ۷ ماه دچار برگشت بیماری می‌شوند (آلدرز و گاگ<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸). این مسائل باعث شده است تا در چند دههٔ اخیر، پژوهشگران در ایجاد و توسعهٔ درمان‌های شناختی-رفتاری، هم به شکل درمان‌های مستقیم برای علائم ویژه (بتتال<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۴، نقل از هادوک و اسلید، ۱۹۹۶) و هم به منزلهٔ شیوه‌ای برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای بیماران (تاریر<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۴، نقل از هادوک و اسلید، ۱۹۹۶) و یا به مثابه راهبردهایی برای افزایش پذیرش تجارب اغتشاش‌آور توسط بیماران (کینگ‌دان و

---

1. Brown & Herz

2. Kingdon & Turkington

3. Kuipers

4. Siddle

5. Dudley

6. Aalders & Gaag

7. Bental

8. Tarrier

تورکینگتون، ۱۹۹۴؛ نقل از هوگارتی و فلشر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹) بکوشند. این درحالی است که درمان‌های شناختی - رفتاری توأم با دارو درمانی بهترین روش برای درمان بیماران اسکیزوفرنیک شناخته شده است (هادوک و همکاران، ۱۹۹۹). بر این اساس و با توجه به آنچه ذکر شد هدف اصلی این پژوهش شناسایی نقش تکنیک‌های شناخت - رفتاردرمانگری<sup>۲</sup> توأم با دارو درمانی در درمان اسکیزوفرنی است.

### پیشینه پژوهش

#### الف. در خارج

اگرچه نزدیک به سه دهه است که درمان‌های روان‌شناختی برای نشانه‌های سایکوتیک شناخته شده و در دسترس هستند، جایگاه این درمان‌ها هنوز به خوبی شناخته نشده است؛ زیرا تا دو دهه پیش، اختلالات سایکوتیک را عمدتاً اختلالاتی ناشی از اختلالات زیست شناختی تصور می‌کردند و بنابراین، فقط درمان‌های زیستی همچون داروهای روان‌گردان را در مورد آنها مناسب می‌دانستند. از سال ۱۹۹۰، ارزش درمان‌های روان‌شناختی به‌طور فزاینده‌ای در مورد دامنه گسترده‌ای از اختلالات مورد بازشناسی قرار گرفته است. از سویی، نتایج پژوهش‌ها نشان دهنده کارایی و تأثیر زیاد روش‌های شناخت - رفتاردرمانگری به تنهایی و یا به صورت ترکیبی با دارو درمانی، در درمان افسردگی (استوسکی و سایمنس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹)؛ بی‌خوابی (مورین<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۹)؛ اختلالات خوردن (گلدفرین، دولین و اسپیتزر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰)؛ نشانگان خستگی مزمن (شارپ و ام‌جی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸)؛ اختلالات شخصیتی (دریسن<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۷)؛

1. Hogarty & Flesher

2. Cognitive-Behavior Therapy (CBT)

3. Stosky & Simmens

4. Morin

5. Goldferin, Devlin & Spitzer

6. Sharp & Am-J

7. Dreesen

الکلیسم و استفاده از مواد مخدر (اسشونفلد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰)؛ وسواس فکری - عملی (دیمال<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۶) و توهم و هذیان (هادوک و همکاران، ۱۹۹۹) است. آلدروز و گآگ (۱۹۹۸) در یک مطالعه موردی نشان دادند شناخت - رفتار درمانگری در کاهش میزان توهم و هذیان یک بیمار مرد اسکیزوفرنیک ۲۰ ساله مؤثر بوده است. آنها برای ارزیابی میزان کارایی درمان این بیمار از آزمون MMPI-2 استفاده کردند. سیدل، تورکینگتون و دادلی (۱۹۹۷) یک بیمار زن اسکیزوفرنیک ۳۰ ساله و دارای توهم‌های عضوی<sup>۳</sup>، را به مدت ۱۱ ماه تحت درمان شناختی - رفتاری قرار دادند. نتایج نشان دهنده کاهش چشمگیر در نمرات خرده مقیاس اسکیزوفرنی این بیمار پس از درمان بود. کاپرز (۱۹۹۶) در مطالعه‌ای روی ۵۰ نفر زن و مرد مبتلا به اسکیزوفرنی دریافت که بعضی از بیماران اسکیزوفرنیک به درمان‌های دارویی پاسخ نمی‌دهند و مداخلات درمانی و آموزش خانوادگی، روان درمانگری انفرادی، به ویژه مداخلات درمانی مبتنی بر شناخت - رفتار درمانگری، به نحوی چشمگیر و قابل ملاحظه از مشکلات این بیماران می‌کاهد و آنها را درمان می‌کند. بافکا و هافمن<sup>۴</sup> (۱۹۹۹) طی یک مطالعه موردی، یک بیمار اسکیزوفرنیک دارای اختلال ترس<sup>۵</sup> را با استفاده از تکنیک‌های شناخت - رفتار درمانگری مورد مطالعه و درمان قرار دادند. آنها دریافتند شناخت - رفتار درمانگری کارایی بالایی در درمان و کاهش نشانه‌های اسکیزوفرنی داراست. استوسکی و سایمنس (۱۹۹۹) نشان دادند شناخت - رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی در مقایسه با دارو درمانی به تنهایی از کارایی بیشتری در درمان افراد اسکیزوفرنیک برخوردار است.

وایکس، پار و لانجو<sup>۶</sup> (۱۹۹۹) با مطالعه ۲۱ نفر بیمار اسکیزوفرنیک دارای توهم‌های شنیداری دریافتند که شناخت - رفتار درمانگری گروهی، کارایی بسیاری در

---

1. Schonfeld

2. Dimal

3. Organic hallucinosis

4. Bufka & Hofman

5. Panic disorder

6. Wykes, parr & Landau

کاهش توهم‌های شنیداری این بیماران دارد و این بیماران بهبودی خود را در مدتی طولانی حفظ کرده‌اند.

هادوک و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای روی ۲۰ نفر بیمار اسکیزوفرنیک دارای توهم و هذیان نشان دادند که نه تنها شناخت - رفتار درمانگری کوتاه مدت در مقایسه با مشاوره حمایتی<sup>۱</sup> - آموزش روانی<sup>۲</sup>، کارآیی بیشتری را در درمان این بیماران دارد، بلکه طی یک پیگیری دو ساله پس از درمان دیده شد که میزان بازگشت بیماری در بیمارانی که با روش شناخت - رفتار درمانگری مورد درمان قرار گرفته کمتر بوده است. کینگ دان و تورکینگ‌تون (۱۹۹۸) نیز در یک مطالعه طولی ۵ ساله، با مطالعه ۱۲ نفر بیمار اسکیزوفرنیک ۱۶ تا ۶۵ ساله دریافتند علاوه بر اینکه شیوه‌های شناخت - رفتار درمانگری کارایی زیادی را در درمان و کاهش نشانه‌های اسکیزوفرنی داراست، آثار این بهبودی به مدت طولانی‌تری باقی می‌ماند.

#### ب. در ایران

متأسفانه تاکنون در کشور ما در زمینه شناخت - رفتار درمانگری اسکیزوفرنی به تنهایی و یا به صورت ترکیبی با دارو درمانی پژوهشی صورت نگرفته است. اکثر پژوهش‌های انجام گرفته در مورد درمان و شناخت بیماری اسکیزوفرنی یا درباره رابطه با بررسی نقش آموزش، به خصوص آموزش‌های گروهی، در درمان این بیماری بوده است و یا مطالعه اثربخشی درمان‌های دارویی مختلف. لذا در پژوهش حاضر جهت بررسی پیشینه و ادبیات مربوط به شناخت - رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی در داخل کشور، فقط به ذکر نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه دارو درمانی اسکیزوفرنی و یا درمان‌های مبتنی بر آموزش‌های گروهی اکتفا می‌شود.

حاجلو (۱۳۷۸) در پژوهشی تحت عنوان "بررسی اثربخشی آموزش روی عملکرد



بیماران اسکیزوفرنی پارانوئید در آزمون دسته‌بندی کارت ویسکانسین<sup>۱</sup>، با مطالعه ۴۵ نفر بیمار مرد مبتلا به اسکیزوفرنی پارانویا دریافت که آموزش تأثیری بر عملکرد ضعیف این بیماران در آزمون دسته‌بندی کارت ویسکانسین ندارد و آزمودنی‌ها پس از گذشت حدود سه هفته از حفظ عملکرد خود باز می‌مانند. احتمالاً عملکرد ضعیف بیماران اسکیزوفرنیک در این آزمون به عواملی غیر از توجه و آموزش مربوط می‌شود. به نظر می‌رسد فرضیهٔ بدکاری ناحیه پیشین پیشانی برای تبیین این نقص در بیماران اسکیزوفرنیک درست باشد.

رصدی (۱۳۶۷) برای بررسی تأثیر گروه درمانی در افزایش بیان کلامی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن کم حرف، ۱۴ نفر بیمار مرد مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن کم حرف بستری در یک بیمارستان روانی را مورد مطالعه قرار داد. او دریافت بیان کلامی بیماران پس از گروه درمانی افزایش بسیاری یافته است.

پیروسی (۱۳۷۷) در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی اثر داروهای اضافه شونده (کاربامازپین<sup>۲</sup> و لیتیوم<sup>۳</sup>) روی بیماران اسکیزوفرنی مزمن در بیمارستان فارابی تعداد ۶۹ نفر بیمار اسکیزوفرنیک (۶۱ مرد و ۸ زن) را مورد مطالعه قرار داد. وی پی برد درمان با کاربامازپین در ۷۳ درصد موارد برای هردو جنس مؤثر بوده است، در حالی که درمان با لیتیوم در ۶۹ درصد موارد برای هردو جنس اثربخشی داشته است. شریفی (۱۳۷۳) برای مقایسهٔ اثربخشی درمان با شوک الکتریکی توأم با داروهای آنتی‌سایکوتیک و درمان با داروهای آنتی‌سایکوتیک به تنهایی، ۷۵ نفر بیمار اسکیزوفرنیک مزمن را که فقط با داروهای آنتی‌سایکوتیک درمان شده بودند با ۷۵ نفر بیمار اسکیزوفرنیک مزمن که با استفاده از داروهای آنتی‌سایکوتیک توأم با شوک الکتریکی درمان شده بودند مقایسه کرد. او دریافت که میزان عود علائم و بستری شدن مجدد در گروهی که فقط با استفاده از داروهای آنتی‌سایکوتیک درمان شده بودند به میزان ۲۲ درصد بیشتر بوده

---

1. Wisconsin Card Sorting Test

2. Carbamazepine

3. Lithium

است.

### روش پژوهش

در این پژوهش یک آزمودنی بزرگسال که براساس تشخیص روان‌پزشک، مصاحبه‌های بالینی، آزمون MMPI<sup>۱</sup>، پرسشنامه خصوصیات اخلاقی وودورث<sup>۲</sup>، پرسشنامه شخصیت آیزنک<sup>۳</sup>، و رجوع به پرونده پزشکی و بررسی تاریخچه فردی و خانوادگی دارای علائم اسکیزوفرنی از نوع پارانویا توأم با افسردگی و وسواس فکری است مورد مطالعه و درمان قرار گرفته است.

آزمون‌های مذکور دوبار قبل و بعد از درمان اجرا گردید. پس از اجرای اولیه آزمون‌ها و تشخیص وجود علائم اسکیزوفرنی، آزمودنی علاوه بر دارو درمانی توسط روان‌پزشک، همزمان در جلسات روان‌درمانی نیز شرکت جست و با استفاده از تکنیک‌های شناخت-رفتار درمانگری مورد درمان قرار گرفت.

شناخت - رفتار درمانگری شامل روش‌ها و تکنیک‌های مختلفی است که وجه اشتراک تمام آنها، تأکید بر نقش فرآیندهای شناختی و رفتاری در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روان‌شناختی و به کارگیری روش‌های تجربی مبتنی بر رفتارگرایی و شناخت‌گرایی برای درمان و کنترل الگوهای پاسخ‌دهی نادرست است. هم‌چنین شناخت - رفتار درمانگری بر مداخله درمانی از طریق کاهش فراوانی و شدت پاسخ‌های سازش‌نیافته درمانجویان و آموزش مهارت‌های جدید شناختی و رفتاری به آنها جهت کاهش معنادار در رفتارهای ناخواسته و افزایش معنادار در رفتارهای سازش‌یافته تأکید دارد (زارب<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲)، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی). پس از تشخیص نوع اختلال، طی جلسات درمانی از فنون زیر استفاده شد:

1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

2. WoodWorth Personal Data Sheet

3. Eysenk Personality Inventory (EPI)

4. Zarb

۱. تغییر باور<sup>۱</sup> و نگرش. در روش شناخت درمانی اعتقاد بر این است که برداشت‌های انسان از مسائل و وقایع علت اختلالات روانی و عاطفی است نه خود واقعه و می‌توان به بیمار کمک کرد تا با شناسایی خطاهای فکری خود آنها را با طرز تلقی‌های واقع بینانه‌تر عوض کند. چهار اصل اساسی زیربنای این رویکرد عبارتند از:

الف. به هنگام بحث در مورد باورهای نادرست و غیرمنطقی، مقاومت روان شناختی کمتری ایجاد می‌شود. بنابراین، درمانگر باید ابتدا با این باورها کار را شروع و سپس به جانب باورهای دارای شدت بیشتر حرکت کند (حساسیت زدایی منظم).

ب. درمانگر نباید آشکارا از مراجع بخواهد باورهای خود را ترک کند و باورهای ارائه شده توسط درمانگر را بپذیرد. بنابراین، باید به مراجع تفهیم کرد درمانگر می‌خواهد تا باورها و عقاید جانشین احتمالی را مورد بحث قرار دهد.

ج. برای تسهیل این رویکرد غیر مستقیم، فقط باید شواهدی را مورد بحث قرار داد که باور بر آنها مبتنی است و نباید در مورد واقعی بودن خود باور بحث و جدل کرد.

د. درمانگر آزمودنی را تشویق می‌کند تا به جای استفاده از استدلال‌های او، از دلایل خود بر علیه باورهایش استفاده کند (هادوک و اسلید، ۱۹۹۶، ترجمه پورشریفی و همکاران، ۱۳۷۷).

۲. تنش زدایی<sup>۲</sup>. تنش زدایی مهارتی است که می‌توان آن را به سادگی یاد گرفت. این مهارت می‌تواند باعث کاهش میزان تنیدگی و اضطراب در افراد شود و آنها را یاری دهد که فشارها و ناراحتی‌ها را تخلیه و در زندگی روزانه‌شان تعادل برقرار کنند. در این پژوهش درمانگر طی جلسات درمانی، با آموزش روش تنش زدایی، از آزمودنی می‌خواست که روزانه به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به تمرین تنش زدایی بپردازد. چگونگی تنش زدایی به شرح زیر است:

در یک صندلی راحت بنشینید یا اینکه به راحتی روی زمین به پشت دراز بکشید و زیر زانوهایتان بالش‌های کوچکی قرار دهید. لباس‌های تنگ و کمر بند خود را شل کنید.

چند لحظه به آرامی و منظم نفس بکشید و در عین حال هرگاه که نفس خود را بیرون می‌دهید و بازدم می‌کنید، کلمه «آرام» را به زبان آورید. حالا فکر خود را بر قسمت‌های مختلف بدنتان متمرکز کنید و در حین نفس کشیدن عضلات آن قسمت را سست کنید. از انگشت پا شروع کنید و به تدریج به طرف بالا بیایید و روی قسمت‌های بعدی بدن به نوبت تمرکز کنید تا به عضلات صورت برسید. به هر قسمت توجه کنید، با کشیدن نفس عمیق آن را ابتدا منقبض کرده سپس آرام و رها سازید (بنسون<sup>۱</sup>، ۱۹۸۵).

۳. خودبازبینی<sup>۲</sup> با استفاده از تهیه جدول خودگزارش‌دهی افکار غیرمنطقی. آزمودنی برای تهیه این جدول باید ابتدا ایام هفته و تاریخ این ایام را بنویسد و سپس موضوع فکر غیرمنطقی را یادداشت و ثبت کند. با پیشرفت در کار درمانگری از درمانجو خواسته می‌شود تا فکر منطقی را جانشین فکر غیرمنطقی و موضوع فکر منطقی را در مقابل فکر غیرمنطقی در جدول ثبت کند (زارب، ۱۹۹۲، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی).

۴. درمان انزجاری<sup>۳</sup>. در نظریه‌های رفتارگرایی اعتقاد بر این است که تمام رفتارها توسط محیط ایجاد و کنترل می‌شوند و رفتار از هر نوع که باشد توسط درمانگر و از طریق تنبیه و تشویق قابل تغییر است. در رفتاردرمانی از درمان انزجاری، که نوعی شرطی‌سازی است که در آن رفتار ناخواسته از طریق همایندی با تنبیه خاموش می‌شود، به منظور کنترل و درمان توهم و هذیان در بیماران اسکیزوفرنیک استفاده می‌شود. بدین منظور یک دستگاه شوک به بیمار داده می‌شود و به او آموزش داده می‌شود تا هرگاه دچار توهم و هذیان شد به خودش شوک بدهد (هادوک و اسلید، ۱۹۹۶، ترجمه پورشریفی و همکاران، ۱۳۷۷). بر این اساس در پژوهش حاضر از مراجع خواسته شد تا قطعه کشی را به مچ دست خود ببندد و هرگاه دچار افکار غیرمنطقی شد آن کش را محکم بکشد، به طوری که به عصب دست ضربه وارد شود و جریان فکر غیرمنطقی قطع شود. اگر دستگاه الکتروشوک کوچکی نیز همراه بیمار باشد شاید تأثیرش از زدن کش بیشتر باشد.

1. Benson

2. Self - monitoring

3. Aversion therapy

## یافته‌های پژوهش

مشخصات آزمودنی: آقای س. ح. ۳۸ ساله، متأهل، دانشجوی رشته مهندسی، دارای شغل آزاد و ۲ فرزند که به ترتیب دختر ۱۳ ساله و پسر ۹ ساله است. وی قبل از مراجعه به درمانگر، به سبب داشتن علائم اسکیزوفرنی و افسردگی شدید به مدت پنج سال تحت درمان دارویی بوده است که به گفته او و خانواده‌اش نتیجه‌ای دربر نداشته و اثربخش نبوده است. او در جلسه اول مراجعه به درمانگر چنین اظهار داشته است:

"قبل از انقلاب از اعضای انجمن دانشجویان مسلمان بودم و در این جریان با دو نفر از اعضای سازمان مجاهدین (منافقین) آشنا شدم و به صورت عضوی فعال با این سازمان همکاری داشتم. در سال ۱۳۶۰ دستگیر و زندانی شدم. در سه ماه اول دستگیر شدنم، شرایط حاد و خاص جسمی و روانی موجود در زندان تأثیر شدید و بسیار بدی روی من گذاشت. به من گفته بودند که حکم من اعدام است تا اینکه تحت شرایطی به ۱۵ سال زندان محکوم شدم، اما پس از مدتی توبه کردم و مورد عفو واقع شدم و پس از ۵ سال یعنی در سال ۱۳۶۵ آزاد شدم. اگرچه تحت تأثیر جلسات توجیهی که در زندان برای ما می‌گذاشتند، معتقد شده بودم که منافقین اشتباه می‌کنند، اما این حرف مسئولان زندان که دائماً منافقین را به حرامزاده، قاتل، و تروریست بودن متهم می‌کردند تأثیر بسیار بدی روی من داشت و دارد؛ طوری که همیشه فکر می‌کنم واقعاً نطفه‌ام ناپاک است؛ حرامزاده و قاتل و تروریست هستم. هم اکنون نیز زمانی که با فردی درگیر می‌شوم و یا از کسی ناراحت می‌شوم او را حرامزاده می‌نامم و به او می‌گویم که نطفه‌اش ناپاک است و شدیداً دلم می‌خواهد او را بکشم و به قتل برسانم و یا او را ترور کنم. پس از آزاد شدن از زندان دلم می‌خواست رهبران سازمان منافقین را پیدا کنم و ترور کنم. مرتباً افکار خودکشی و دیگرکشی به مغزم می‌آمد. حتی فکر می‌کردم خودم، همسرم، فرزندانم و حتی خانواده‌ام را یکجا به قتل برسانم. بارها فکر کرده‌ام که سر فرزندانم را ببرم و هرگاه کارد یا چاقویی می‌بینم این فکر در من تشدید می‌شود و سعی می‌کنم کارد را در جایی پنهان کنم. دلم می‌خواهد تمام مسئولان نظام جمهوری اسلامی را ترور کرده و بکشم اصلاً

اصلاً باید نسل بشر را نابود کرد و از زمین برداشت، چون همه انسان‌ها کثیف و حرامزاده هستند. گاهی اوقات آن قدر احساس خشم و نفرت در من شدید است که دلم می‌خواهد تمام جهان و موجودات آن را با بمب اتمی نابود کنم. همیشه هنگام رانندگی دلم می‌خواهد همه چیز، حتی خداوند، پیامبر، ائمه، دین و مذهب را انکار کنم. باورم شده است که حرامزاده و تروریست هستم. وقتی با کسی درگیر می‌شوم ناخودآگاه این نسبت را به آنها می‌دهم. اگرچه در دوران کودکی ام مشکل خاصی نداشتم و روابط خوبی با پدر و مادرم و به خصوص با مادرم داشتم، اما حالا این فکر به ذهنم می‌رسد که نه تنها خواهر و برادرهایم را بلکه پدر و مادرم را هم به قتل برسانم. در روابط اجتماعی ام و در ارتباط با دیگران خیلی زود ناراحت، خشمگین، و عصبانی می‌شوم و فوری طرف مقابل را تهدید به قتل و ترور می‌کنم. احساس پوچی و بی‌هدفی دارم و کینه و نفرت نسبت به بشریت تمام وجودم را پر کرده است. معتقدم که نسل انسان را باید کلاً از میان برداشت. تصمیم دارم هرطور که هست با سازمان ضد جاسوسی امریکا (CIA) ارتباط برقرار کنم و بدین وسیله به اسرار نظامی و بمب‌های اتمی امریکا دست پیدا کنم تا بتوانم نسل بشر را به یک باره و در یک لحظه از میان بردارم».

تدابیر تشخیصی. جهت تشخیص نوع اختلال آزمودنی، علاوه بر رجوع به پرونده پزشکی، تاریخچه، و سابقه فردی و خانوادگی آزمودنی و مصاحبه بالینی براساس ضوابط DSM-IV، از آزمون MMPI، پرسشنامه خصوصیات اخلاقی وودورث، و پرسشنامه شخصیت آیزنک نیز استفاده شد. نتایج آزمون MMPI (نمودار ۱) نشان دهنده وجود علائم اسکیزوفرنی، افسردگی شدید، و وسواس توأم با اضطراب است.

از سویی نتایج پرسشنامه خصوصیات اخلاقی وودورث نشان داد که نمره آزمودنی در میزان‌های افسردگی، وسواس، تمایل به رفتار پارانویا، و تمایلات تهاجمی و ضد اجتماعی بالاتر از حد نرمال است. نتایج پرسشنامه شخصیت آیزنک نیز نشان داد نمرات آزمودنی در میزان‌های روان‌پریشی، حالت‌های نوروتیک یا روان‌رنجوری، درون‌گرایی، و انزوای اجتماعی بالاتر از میزان نرمال بود. به طور کلی، نتایج هر سه آزمون با یکدیگر دارای همخوانی و همبستگی بود.

از سوی دیگر، نتایج آزمایش‌های پزشکی و نظر روان‌پزشک<sup>۱</sup> نیز وجود علائم اسکیزوفرنی را در آزمودنی تأیید می‌کرد و سابقه خانوادگی آزمودنی نیز نشان می‌داد که مادر بزرگ و عمه آزمودنی هر دو بیماری صرع و مشکلات روانی داشته‌اند و عمه آزمودنی دو مرتبه دست به خودکشی زده است و هم اکنون نیز به خاطر داشتن افکار خودکشی تحت دارودرمانی است. البته والدین آزمودنی نیز طی جلسات خانواده درمانی اظهار کردند آزمودنی تا قبل از دستگیر شدن و به زندان افتادن هیچگونه مشکل تحصیلی، رفتاری، و اجتماعی نداشته است و پس از زندانی شدن رفتارهایش غیرانطباقی و غیرعادی شده است؛ به طوری که با سرعت سرسام آوری رانندگی می‌کند، بی‌اشتها، بی‌حوصله و عصبی است. نسبت به خودش بی‌اهمیت است، همیشه غمگین است، و در روابطش با دیگران بسیار ستیزه‌جو و پرخاشگر است. سوءظن و بدبینی شدید دارد و دیگران را تهدید به قتل می‌کند و گاهی اوقات بیش از اندازه دلسوز است و به صورت غیرعادی و افراطی به دیگران کمک می‌کند. هم‌چنین برای تشخیص دقیق‌تر، آزمودنی به روان‌پزشک ارجاع داده شد و نظر روان‌پزشک نیز وجود اسکیزوفرنی در آزمودنی را تأیید کرد.

طول درمان. یک صد و پنج و پنج جلسه ۴۵ دقیقه‌ای با مراجعه هر یک هفته تا ماهی یک بار در طول مدت ۵ سال.

تدابیر درمانی. هم‌زمان با ارجاع مراجع به روان‌پزشک برای تشخیص و درمان اختلال، در طی جلسات درمانی، ابتدا نتایج آزمون‌های انجام شده برای آزمودنی تفسیر و توضیح داده شد. در این حال، درمانگر با توجه به شرایط روانی حاد مراجع از نظر داشتن افکار خودکشی، دیگرکشی و نسل‌کشی و با توجه به نقش خانواده در درمان و کنترل محیط مراجع، اقدام به تشکیل جلسات خانواده‌درمانی کرد. طی این جلسات ضمن کسب اطلاعاتی در مورد ویژگی‌ها و تاریخچه فردی مراجع، به تشریح شرایط روحی - روانی مراجع پرداخت و خانواده را از افکار خودکشی و دیگرکشی مراجع آگاه

---

۱. از دکتر جعفر بوالهری که به عنوان روان‌پزشک با این پژوهش همکاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

و از آنها تقاضا کرد تحت هیچ شرایطی مراجع را تنها نگذارند و بکوشند محیطی آرام و عاری از هر گونه تنش برای او فراهم آورند و از پرداختن به بحث‌های سیاسی انتقادی نسبت به عملکرد مسئولان نظام جمهوری اسلامی در حضور مراجع جداً خودداری ورزند.

سپس درمانگر طی جلسات انفرادی با مراجع، از او تقاضا کرد تا به بیان خاطرات دوران کودکی، دستگیری، و زندانی شدن خود بپردازد. مراجع ضمن بیان خاطرات دوران کودکی خود اظهار داشت که در دوران کودکی روابط بسیار خوبی با اعضای خانواده و با والدینش داشته است؛ به خصوص روابطش با مادرش بسیار عاطفی و نزدیک بوده است. او ضمن شرح خاطرات زندان خود، علت تمام ناراحتی‌ها و تعارضات خود را مربوط به دوران زندان و شکنجه‌های جسمی و روانی آن دوران می‌دانست و به مسئولان نظام ناسزا می‌گفت. در طول جلسات روان‌درمانی، مراجع به تناوب نسبت به افکار غیرمنطقی و نادرست و نقش این افکار در انجام اعمال و رفتارهای سازش‌ناایافته‌اش آگاهی می‌یافت و برای او روشن می‌شد که می‌تواند این افکار غیرمنطقی و انحرافی را از طریق جانشین‌سازی افکار منطقی و درست کنترل کند. هم‌چنین سعی کند با استفاده از استدلال و منطق نسبت به غیرمنطقی بودن افکار خود آگاه شود.

بعد از طی جلسات متعدد، مراجع اظهار کرد «به غیرمنطقی بودن افکارم پی برده‌ام و سعی می‌کنم با استدلال و منطق با آنها مبارزه کنم؛ اما با این حال هنوز هم احساس ناامیدی، بی‌ارزشی، قاتل، و تروریست بودن می‌کنم و در روابط با خانواده‌ام و با دیگران دچار خشم و عصبانیت می‌شوم؛ به طوری که چند روز قبل وقتی پسرم گریه می‌کرد برای یک لحظه تصمیم گرفتم سر او را با کارد ببرم و بعد خودم را هم بکشم، اما پس از چند لحظه به خود آمدم و با این فکر نادرست مبارزه کردم». در این جلسه درمانگر ضمن توضیح و تشریح کامل مراحل مثبت‌نگری و نقش آن در کاهش احساس ناامیدی، افسردگی، بی‌ارزشی، و احساس حقارت از مراجع خواست تا روش مثبت‌نگری را اعمال و فهرستی از نقاط مثبت و قوت خود را تهیه کند و به درمانگر ارائه دهد. از آنجا که



مراجع دارای افکار خودکشی و فرزندکشی بود درمانگر تصمیم به تشکیل جلسات خانواده درمانی گرفت و ضمن تشریح حالات روانی مراجع، همسر وی را از افکار خودکشی و فرزندکشی مراجع آگاه ساخت و از او خواست تا تحت هیچ شرایطی مراجع را با فرزندانش تنها نگذارد و محیطی آرام و عاری از تنش و فشار روانی برای مراجع فراهم آورد. هم‌چنین ضمن تشریح مثبت‌نگری خانوادگی و نقش آن در کاهش میزان افسردگی، بی‌ارزشی، و ناامیدی مراجع، از همسر و والدین مراجع خواست تا اقدام به تشکیل جلسات مثبت‌نگری خانوادگی به صورت هفتگی کنند و بدین وسیله درمان مراجع را تسهیل سازند. لازم به ذکر است که قبل از جلسات مثبت‌نگری به سبب وجود مجموعه‌ای از فشارهای روانی در ارتباط با مسائل شغلی، خانوادگی، و اجتماعی تمام نشانه‌ها و علائم اسکیزوفرنی در مراجع عود کرده بود و مراجع به دلیل شرایط حاد روحی و روانی به مدت ۳ هفته در بخش اعصاب و روان بیمارستان طالقانی بستری شده بود. پس از گذشت چندین جلسه از مثبت‌نگری مراجع اظهار کرد از پرداختن به بعضی از فعالیت‌ها مانند شنا کردن، کوه‌پیمایی، و پیاده‌روی لذت می‌برد و احساس می‌کند که در زندگی چیزهایی وجود دارند که باعث امیدواری باشند مانند داشتن فرزندان خوب، همسر خوب، و زندگی راحت. در این وضعیت، درمانگر ضمن تأکید بر ادامه روش مثبت‌نگری فردی و خانوادگی و هم‌چنین تأکید بر جانشینی افکار منطقی در مقابل افکار غیرمنطقی به تشریح نقش تنش زدایی در کاهش اضطراب، تشویش، و بی‌قراری پرداخت و ضمن آموزش تنش‌زدایی به مراجع از او خواست تا روزانه به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به تمرین تنش‌زدایی بپردازد و در طول هفته کماکان روزهایی را به شنا کردن، کوه رفتن، و پیاده‌روی اختصاص دهد. در جلسات بعدی، مراجع اظهار کرد توانسته است در چندین مورد خشم و عصبانیت خود را نسبت به دیگران کنترل کند و از ناسزاگویی و تهدید کردن آنها پرهیزد. اما با این حال هنوز هم نسبت به مسئولان زندان و نظام جمهوری اسلامی کینه و نفرت دارد و معتقد است که باید نسل آنها را از میان بردارد. در جلسات بعد درمانگر از مراجع خواست تا روزانه افکار منطقی و غیرمنطقی خود را در یک جدول زمان‌بندی شده یادداشت کند و بدین وسیله و با استفاده از خودبازبینی هم از

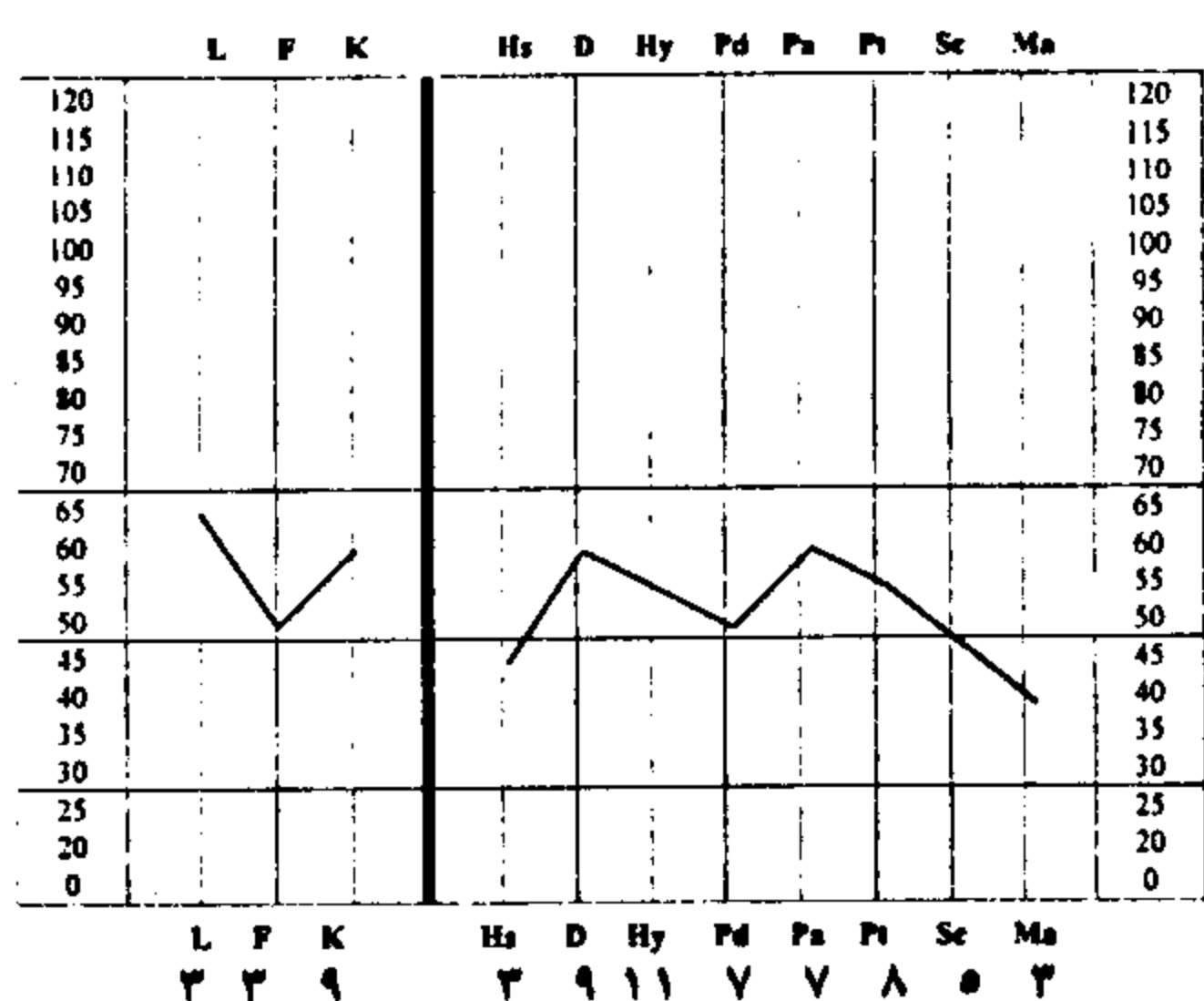
روند کاهش افکار غیرمنطقی خود و افزایش افکار منطقی خود آگاهی یابد و هم درمانگر را از میزان پیشرفت درمانی خویش آگاه سازد. طی جلسات بعدی، درمانگر جهت اطلاع خانواده و همسر مراجع از پیشرفت‌های درمانی او اقدام به تشکیل جلسات خانواده درمانی کرد و از آنها خواست تا به جلسات مثبت‌نگری هفتگی ادامه دهند و درمانجو را در جهت دسترسی به درمان کامل همراهی کنند. در جلسات درمانی بعدی، مراجع گفت که حالش خیلی بهتر شده است و به غیرمنطقی بودن افکار خود در مورد از بین بردن نسل بشر پی برده است و معتقد است که خداوند به انسان‌ها حق حیات داده است. بنابراین، هیچ‌کس حق کشتن خود و یا دیگران را ندارد. هم‌چنین وی اظهار کرد من هیچگاه حرامزاده یا قاتل و تروریست نبوده‌ام؛ اما به دلیل اینکه در زندان به من القا شده بود که نطفه‌ام ناپاک است و تروریست هستم امر بر من مشتبه شده بود. حالا تمام تلاشم این است که این افکار نادرست و غیرمنطقی را کنترل کنم. به سبب بهبودی نسبی مراجع، در این مرحله روان‌پزشک، با هماهنگی با روان‌شناس، به تدریج داروهای او را کاهش داد. طی جلسات بعدی او اظهار داشت که به دلیل فشارهای شغلی زیاد و خستگی باز هم دچار افکار غیرمنطقی شده است و نمی‌تواند در روابطش با دیگران، خشم و عصبانیت خود را کنترل کند و باز هم دچار افکار خودکشی و دیگرکشی و حتی نسل‌کشی شده؛ به طوری که در هفته گذشته با یکی از شرکای خود درگیر شده و تلفنی او را تهدید کرده است که او را خواهد کشت. هم‌چنین مراجع اظهار داشت پس از این واقعه مجدداً به فکر خودکشی و کشتن مسئولان زندان افتاده است. در این مرحله درمانگر با استفاده از شیوه رفتاری درمان انزجاری از مراجع خواست تا قطعه‌کشی را به مع دست خود ببندد و هرگاه دچار افکار غیرمنطقی می‌شود کش را محکم بکشد، طوری که به عصب دست ضربه وارد شود و بدین وسیله فکر غیرمنطقی کنترل شود. هم‌چنین از او خواست تا به تمرینات تنش‌زدایی، مثبت‌نگری فردی و خانوادگی، تهیه جدول زمانبندی افکار منطقی و غیرمنطقی ادامه دهد و به بخشیدن مسئولان زندان بیندیشد. به کار بردن مجموعه فنون فوق به طور چشمگیری مؤثر واقع شد؛ به طوری که طی جلسات بعدی مراجع اظهار کرد که حال او بهتر است و به خوبی توانسته است افکار

غیرمنطقی خود را کنترل کنند. هم‌چنین با رجوع به روان‌پزشک و انجام آزمایش‌های پزشکی، روان‌پزشک با هماهنگی با درمانگر مجدداً از میزان داروهای او کم کرد. در جلسه بعدی، مراجع اظهار کرد کتابی در مورد عظمت خداوند مطالعه کرده است که تأثیر عمیق و خوبی روی او داشته است و باعث شده است که بتواند خشم خود را بیشتر کنترل کند و دچار احساس ناامیدی و بی‌ارزشی نباشد. درمانگر نیز ضمن توضیح درباره معنادرمانی، مراجع را تشویق به مطالعه بیشتر کرد و به مراجع گفت که بهتر است مانند یک تماشاگر به مسائل زندان نگاه کند و به محدودیت‌های مسئولان زندان در آن زمان بیندیشد و بگوید چرا آنها مراجع را آزار داده‌اند (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۱). ضمناً به دلیل بهبودی نسبی حاصل، از مراجع خواست تا تهیه جدول زمانبندی افکار منطقی و غیرمنطقی را ادامه ندهد و کش را نیز از دست خود باز کند. در جلسه بعد مراجع اظهار کرد که به محدودیت‌های مسئولان زندان پی برده است و چند مورد از آنها را نیز یادداشت کرده بود از جمله اینکه تقریباً اکثر مسئولان زندان، یک یا چند نفر از اعضای خانواده یا نزدیکان خود را توسط منافقین از دست داده‌اند و اینکه منافقین تنها راه دستیابی به اهداف خود را عملیات نظامی و ترور مسئولان تراز اول نظام جمهوری اسلامی می‌دانند. ولی با این حال و با توجه به فشارهای جسمی و روحی که به مراجع وارد شده بود اظهار کرد مسئولان زندان واقعاً در حق او ظلم کرده‌اند؛ به طوری که دچار تعارضات شدیدی شده است و او حق دارد که انتقام بگیرد و از آنها نفرت داشته باشد و حتی آنها را ترور کند. درمانگر ضمن تأکید بر بخشش در مکتب اسلام و پاداشی که در برابر این بخشش از خداوند دریافت خواهد کرد مراجع را از اثرات مثبت بخشایشگری و اثرات منفی نبخشیدن آگاه کرده و مراجع به این نتیجه رسید که اگر نبخشد تنها فردی که ضرر می‌کند و زیان می‌بیند خودش است؛ زیرا حس انتقام جویی احتمالاً می‌تواند ریشه افکار خودکشی و دیگرکشی او بوده باشد. از سویی، درمانگر به مراجع کمک کرد تا به محدودیت‌های خود، منافقین، و مسئولان زندان بیندیشد و این محدودیت‌ها را ذکر کند. طی جلسات بعدی، مراجع با بررسی عمیق‌تر این محدودیت‌ها تصمیم به بخشش گرفت و اظهار داشت مسئولان زندان را بخشیده است. هم‌چنین گفت پس از

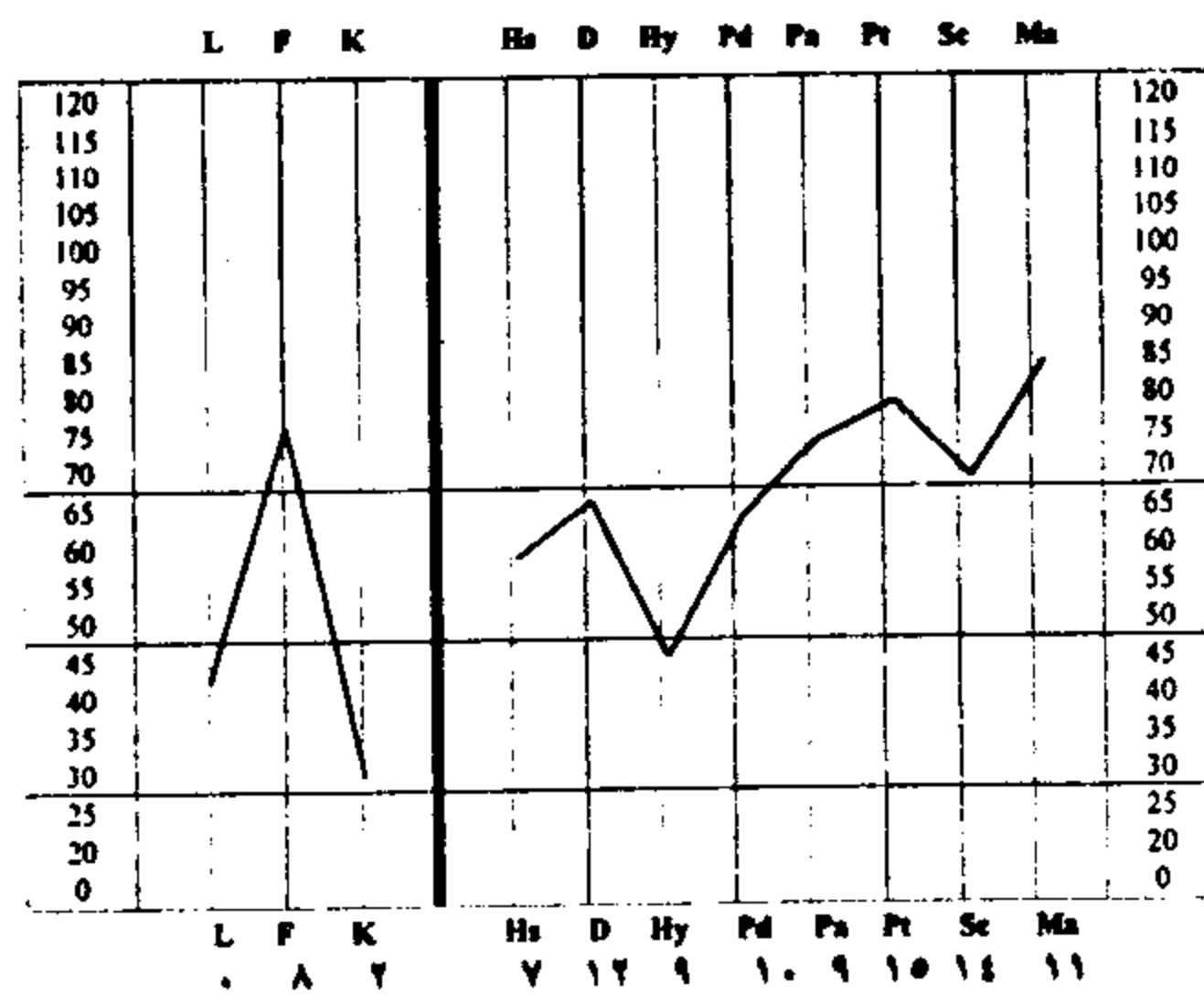
بخشیدن مسئولان زندان حالش خیلی بهتر شده است. زیرا دیگر نسبت به آنها کینه و نفرتی ندارد و مایل به گرفتن انتقام نیست. طی مراحل بعد برای مراجع مشخص شد که در اثر جلسات درمانی با روان‌درمانگر و روان‌پزشک، و با توجه به سیر بهبودی او میزان داروی مصرفی او از روزانه ۲۰ قرص به روزانه یک قرص کاهش یافته است و نتایج آزمایش‌های پزشکی نیز نشان دهنده نرمال بودن وضعیت مراجع بود. در جلسات بعد، پس از پایان یافتن مراحل کامل مثبت‌نگری و کسب بینش درباره نقاط قوت پایدار مراجع، از او خواسته شد که تنش زدایی و ورزش را برای همیشه ادامه دهد. در یکی از جلسات، مراجع اظهار کرد که جلسات درمان در روابط اجتماعی و شغلی‌اش بسیار مفید و مثبت بوده است، کاملاً توانسته است افکار غیرمنطقی خود را کنترل کند، از زندگی خشنود باشد، و از داشتن فرزندان سالم و همسر خوب راضی است. از طرفی، به دلیل بخشیدن مسئولان زندان و با استفاده از فکر منطقی می‌تواند مسائل سیاسی - اجتماعی را به صورت صحیحی تجزیه و تحلیل کند. هم‌چنین با دیگران درگیر نمی‌شود و این فکر که نسبت حرامزاده به دیگران بدهد کاملاً از بین رفته است و از آنجا که معتقد است خداوند بخشاینده‌مهربان است، او می‌خواهد که خداوند او را نیز ببخشد و به همین سبب او هم مسئولان زندان را بخشیده است. در این حال با تشخیص و توصیه روان‌پزشک داروی مراجع کاملاً قطع شده و درمانگر نیز جلسات روان‌درمانی را به هر دو تا سه هفته یکبار تقلیل داد. طی جلسات بعدی مراجع اظهار کرد حالش واقعاً خوب است و هیچ‌گونه مشکلی ندارد. درمانگر نیز جهت اطمینان از سلامت کامل مراجع اقدام به اجرای آزمون‌های MMPI و دورث و آیزنک کرد.

نتایج آزمون‌های پیش‌گفته نشان دهنده سلامت کامل و حالت طبیعی مراجع است (نمودار ۲). در این مرحله درمانگر ضمن تفسیر نتایج آزمون‌ها، برای مراجع، از او خواست تا مروری بر جلسات درمانی داشته باشد. وی ضمن مرور کلیه مراحل درمان، خشنودی خویش را از سلامت خود اظهار کرد و خداوند را سپاس گفت که با لطف و عنایت بی‌پایان خویش او را یاری کرده است تا زندگیش به حالت طبیعی و عادی برگردد. در عین حال جهت کنترل و پیگیری درمان، جلسات ماهی یکبار تشکیل می‌شد

و هم اکنون نیز پس از دو سال پیگیری پس از درمان، مراجع به طور مرتب از طریق تلفن با درمانگر تماس می‌گیرد و ضمن تشکر سلامت خود را اعلام می‌کند و هیچ‌گونه نشانه‌ای از بازگشت بیماری در او دیده نمی‌شود.



نمودار ۲. نیمرخ روانی آزمودنی در  
آزمون MMPI بعد از درمان



نمودار ۱. نیمرخ روانی آزمودنی در  
آزمون MMPI قبل از درمان

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده کارایی روش شناخت - رفتار درمانگری در درمان اسکیزوفرنی است. زیرا چنان‌که قبلاً نیز اشاره شد، در مراحل اولیه درمان، به دلیل فشارهای شغلی، خانوادگی، و اجتماعی شدیدی که به آزمودنی وارد شده بود کلیه نشانه‌های اسکیزوفرنیک آزمودنی مجدداً عود کرد و آزمودنی به مدت ۳ هفته در بخش اعصاب و روان بیمارستان طالقانی بستری شده بود. پس از شرکت آزمودنی در جلسات روان درمانگری به طور منظم و با به کارگیری تکنیک‌های شناختی - رفتاری کلیه این نشانه‌ها از بین رفت و آزمودنی به حالت نرمال و عادی رسید. مقایسه جداول خودبازبینی که در طی فرایند درمان توسط آزمودنی تهیه شده است نیز بیانگر این موضوع است. به طوری که در جداول خودبازبینی اولیه‌ای که در مراحل اولیه درمان توسط آزمودنی تهیه شده است با تراکم و شدت علائم و نشانه‌های اختلال اسکیزوفرنی

مواجه می‌شویم؛ در حالی که در جداول خودبازبینی نهایی از شدت و تراکم این علائم کاسته شده است. از سویی، با رجوع به پرونده پزشکی و تاریخچه فردی آزمودنی دیده می‌شود که اگر چه آزمودنی با تشخیص یکی از روان‌پزشکان معروف ایران به مدت ۵ سال تحت درمان دارویی جهت درمان اسکیزوفرنی بوده است، دارو درمانی به تنهایی اثربخش نبوده است. چنان‌که آزمودنی در نخستین جلسه مراجعه به درمانگر اظهار کرده است: «قبل از مراجعه به شما به مدت ۵ سال تحت نظر روان‌پزشک بودم و روزانه ۲۷ عدد قرص از انواع مختلف داروهای ضد اسکیزوفرنی مصرف می‌کردم که هیچ نتیجه‌ای نداشت». بنابراین، با مقایسه شرایط روانی آزمودنی قبل از رجوع به روان‌شناس بالینی و استفاده از فنون شناخت - رفتاردرمانگری با شرایط روانی آزمودنی پس از شرکت در جلسات روان‌درمانگری، می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً دارودرمانی به تنهایی هیچگونه کارایی در بهبودی آزمودنی نداشته است و به نظر می‌رسد که روان‌درمانگری توأم با دارو درمانی منجر به بهبودی کامل آزمودنی شده است. هم‌چنین در این پژوهش می‌توان شرایط آزمودنی قبل از رجوع به روان‌شناس بالینی (استفاده از دارودرمانی به تنهایی برای مدت ۵ سال) را به عنوان شرایط کنترل در نظر گرفت، و بدین ترتیب آزمودنی را هم به عنوان گروه کنترل و هم به عنوان گروه آزمایشی مورد مطالعه و بررسی قرار داد. بدیهی است که در این صورت می‌توان شرکت آزمودنی در جلسات روان‌درمانگری و استفاده از شناخت - رفتاردرمانگری توأم با دارودرمانی برای مدت ۵ سال را به عنوان شرایط آزمایشی در نظر گرفت و به مقایسه شرایط کنترل و شرایط آزمایشی پرداخت.

هم‌چنین به نظر می‌رسد، یکی از دلایل اثربخشی تدابیر درمانی به کار گرفته شده در طول جلسات درمانی مربوط به مشورت، هم‌فکری، همکاری، و هماهنگی کامل بین روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک بوده است. به طور کلی، در طول مدت درمان مراجع (۵ سال) هر ماه یک جلسه مشترک بین روان‌شناس بالینی، که کار روان‌درمانگری مراجع را انجام می‌داده است، و روان‌پزشک، که دارو درمانی مراجع را بر عهده داشته است، تشکیل می‌شد. در این جلسه‌ها میزان پیشرفت درمانی مراجع بررسی می‌شد و با هم

فکری و همسویی کامل میان دو محقق پیش‌گفته امر درمان پیش می‌رفت. روان‌درمانگر با توجه به اظهارات مراجع و با توجه به اینکه مراجع فردی مذهبی بوده و دارای اعتقادات عمیق قلبی دینی بوده است از شیوه عفو و گذشت استفاده کرد. به طوری که دیده می‌شود پس از به کارگیری این شیوه شناختی - رفتاری، سرعت بهبودی و درمانی مراجع به طور چشمگیری افزایش یافت و پس از استفاده از این شیوه حالات گذشته مراجع هیچگاه به وضعیت قبلی خود بازنگشت. احتمالاً یکی از دلایل تأثیر این شیوه شناختی - رفتاری، این است که تمام افکار خودکشی، دیگرکشی، فرزندکشی، و نسل‌کشی مراجع و احساس حقارت و افسردگی او ناشی از کینه و نفرتی بوده است که او از مسئولان زندان و نظام داشته است. زمانی که درمانگر به صورت مرحله به مرحله به مراجع یاری می‌دهد تا به فواید بخشش پی برد و از محدودیت‌های مسئولان زندان، نظام و خودش آگاه شود مراجع از کینه و نفرت زدوده می‌شود و به سوی بهبودی کامل پیش می‌رود و احساس رضایت، سلامت، و ارزشمندی می‌کند.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های استوسکی و سایمنس (۱۹۹۹)، کاپرز (۱۹۹۶)؛ بافکا و هافمن (۱۹۹۹)، هادوک و همکاران (۱۹۹۹) و آلدرز و گاگ (۱۹۹۸) در زمینه تأثیر و کارایی روش‌های شناخت - رفتار درمانگری به تنهایی و یا به صورت ترکیبی با دارو درمانی در درمان اسکیزوفرنی هم‌سو است.

در این مورد، آلدرز و گاگ (۱۹۹۸) نشان دادند به کارگیری شیوه‌های شناخت - رفتار درمانگری در کاهش توهم و هذیان یک بیمار مرد اسکیزوفرنیک مؤثر بوده است. لازم به ذکر است که آنها نیز جهت تشخیص بیماری و ارزیابی کارایی درمان از آزمون MMPI استفاده کردند.

هم‌چنین کاپرز (۱۹۹۶) با مطالعه ۵۰ نفر زن و مرد مبتلا به اسکیزوفرنی، دریافت اکثر این بیماران به درمان‌های دارویی به تنهایی پاسخ نمی‌دهند و مداخلات درمانی مبتنی بر شناخت - رفتار درمانگری به میزان چشمگیری مشکلات این بیماران را کاهش داده و آنها را درمان کرده است.

از سوی دیگر، استوسکی و سایمنس (۱۹۹۹) نیز نشان دادند که به کارگیری

شناخت - رفتار درمانگری توأم با دارودرمانی، در مقایسه با دارودرمانی به تنهایی، کارایی بیشتری در درمان افراد اسکیزوفرنیک را داراست. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مطالعه و بررسی یک آزمودنی به عنوان گروه آزمایشی و گروه کنترل اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی کارایی شیوه‌های شناخت - رفتار درمانگری، دارودرمانی، و درمان ترکیبی شناختی - رفتاری توأم با دارودرمانی هر یک به طور جداگانه مطالعه شود و برای ارتقای سطح دقت و اعتبار بیشتر یافته‌های پژوهش از گروه کنترل نیز استفاده گردد.

## مآخذ

- پیروسی، تورج (۱۳۷۷). "بررسی اثر داروهای اضافه شونده (کار با مازپین و لیتیم) بر روی بیماران اسکیزوفرنی مزمن در بیمارستان فارابی در سال ۱۳۷۵". رساله دکتراي حرفه‌ای. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پزشکی.
- حاجلو، نادر (۱۳۷۸). "بررسی اثر ترمیمی آموزش روی عملکرد بیماران اسکیزوفرنی پارانوئید در آزمون دسته بندی کارت ویسکانسین". پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم انسانی. دانشگاه تربیت مدرس.
- حسینی، ابوالقاسم (۱۳۷۸). "طیف مشکلات مربوط به بهداشت روانی". فصلنامه اصول بهداشت روانی، ارگان انجمن اسلامی بهداشت روانی ایران. ۱، ص ۴-۶.
- خدایاری فرد، محمد،... [و دیگران] (۱۳۸۱). "روش درمانی عفو با تأکید بر دیدگاه اسلامی: بررسی موردی". مجله اندیشه و رفتار، شماره ۲۹، ص ۳۹-۴۸.
- رصدی، مریم (۱۳۷۶). "بررسی تأثیر گروه درمانی در افزایش بیان کلامی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن کم حرف". پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، زارب، جی ام (۱۹۹۲). ارزیابی و شناخت - رفتار درمانگری نوجوانان. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی (۱۳۸۲). تهران: رشد،
- شریفی، علی (۱۳۷۳). "کاربرد و تأثیر درمانی تشنج الکتریکی در اسکیزوفرنی و مقایسه اثرات مطلوب درمانی نسبت به داروهای آنتی سایکوتیک". رساله دکتراي حرفه‌ای. دانشگاه علوم پزشکی بیاختران، دانشکده پزشکی.
- هادوک، گیلیان؛ اسلید، پتر دی (۱۹۹۶). رفتار درمانی شناختی اختلالات اسکیزوفرنیک. ترجمه، حمید



پورشریفی، محمود علیلو و تورج هاشمی نصرت آباد (۱۳۷۷)، تهران: دانشگاه فردا،

Aalders, H, & Gaag, M. (1998)."Cognitive - behavior therapy for a schizophrenic patient with delusions and hullucinations". *Gedragstherapic*, 31(3): 175-204.

American Psychiatric Association(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed.Washington, DC.

Benson, H. (1985). *Beyond the Relaxation Response*. New York: Berkley Books.

Bufka, L. F., & Hofman, S. G. (1999). Modifying CBT to treat panic disorder in patient with schizophrenia. *Cognitive - and - Behavioral - Practive*, 6(1). PP. 10-15.

Demal, V. et al,(1996)."Obsessive - compulsive disorder and depression-first result of a prospective study on 74 patient". *Proy - neuro Psychopharmacol-Biol-Psychiatry*, 20(5): PP. 801 - 813.

Dreessen, L;et al,(1997)."Personality disorders donot influence the result of cognitive behavior therapy for obsessive - compulsive disorder". *Anxiety Disorder*. 11 (5):PP. 503 - 521.

Goldferin, J. A, Devlin, M. J; & Spitzer, R. L. (2000). Cognitive behavioral therapy for the treatment of binge eating disorder: what constitutes success?, *American Journal of Psychiatry*, (157):PP. 1051-1059.

Haddock, G, et al,(1999). "A pilot study evaluating the effectiveness of individual in patient Cognitive-behavioral therapy in early Psychosis". *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*. 34(5):PP. 254 - 259.

Haddock, G., & Slade, P. (1996). *Cognitive - behavioral interentions with psychotic disorder*. New York: NY.

Haddock, G; et al (1999). "Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: a review". *Clin - Psychol - Rev*. 18(7):PP. 821-838.

Health public Affairs(1990). *About schizophrenia*, 3 ed. Department of Health, NSW.

Heble, J., & Enright, R. D. (1993)."Forgivness as a psychotherapeutic goal with elderly females". *Psychotherapy*. 30,PP. 658-667.

- Hogarty, E. G., & Flesher, S. (1999). "Development theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*. 25(4), PP. 677-692.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1993). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences clinical psychiatry*. 6 ed.
- Kingdon, D., & Turkington, D. (1998). "Cognitive-behavior therapy of schizophrenia". Wykes, Til (ed). *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*. Chichester, England: John Wiley & sons, Inc., PP. 59-79
- Kuipers, E. (1996). "The management of difficult to treat patients with schizophrenia, Using non - drug therapies". *British Journal of Psychiatry*. 169(31): 41-51.
- Mccullough, M. E., & Worthington, E. L. (1996). "Empirical research religion and psycho therapyeitic processes and outcomes: a 10-year review and research prospectas". *psychological Bulletin*. 119(3): 448-487.
- Morin, C. M.; et al (1999). "Behavioral and Pharm"Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnis: randomized controlled trial". *Am A Cad Child Adolesc*. 281(11): 991-999.
- Schonfeld, L; et al (2000). "Cogvitive - behavioral treatment of older veterans with substance abuse problems. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. (13): 124-137.
- Sharp, M., & Am, J. (1998). "Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrom: efficacy and implications". *Am - J - Med*. 105(3A): 104-109.
- Siddle, R; Turkington, D; & Dudley, R. E. J. (1997). "Cognitive behavior therapy in case of organic hallucination". *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 25(4): 371-379.
- Stosky, S. M, & Simmens, S. J. (1999). "Pharmachotherapy response and diagnostic validity in a typical depression". *Journal of Affective Disorders*, 54(3): 237-247.
- World Health organization (1997). *The world health report*.
- Wykes, T, Parr, A. M, & Landau, S. (1999). "Group treatment of auditory hallucinations: exploratory study of effectiveness". *British Journal of Psychiatry*. 175, PP. 180-185.