

درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و دارویی اختلال هذیانی: گزارشی از یک طرح تک آزمودنی از نوع ABA

دکتر محمد خدایاری فرد*

یاسمین عابدینی**

چکیده

اختلال هذیانی از جمله اختلالات روان‌پریشی است که میزان شیوع آن در جامعه در حدود ۰/۰۳ درصد برآورد شده است و می‌تواند مشکلات شدید شغلی، اجتماعی و زناشویی برای افراد مبتلا به آن ایجاد کند. رویکرد مهم در سبب‌شناسی و درمان اختلالات روان‌پریشی عبارتند: رویکرد دارویی و رویکرد روانی اجتماعی. نتایج تحقیقات کنترل شده در مورد بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی مقاوم به دارودرمانی نشان داده است که استفاده همزمان از مداخلات شناختی - رفتاری و دارودرمانی منجر به تسریع دوره درمان، کاهش و از بین رفتن نشانگان و پیشگیری از عودت نشانگان در مبتلایان به این اختلال می‌گردد. لذا هدف این پژوهش درمان یک آزمودنی مبتلا به اختلال هذیانی از نوع جنون عشقی با استفاده از روش درمان ترکیبی (شناختی - رفتاری و دارویی) است. روش پژوهش حاضر از نوع طرح‌های تک آزمودنی، بازگشتی (ABA) است. فنون مورد استفاده در این پژوهش شامل بازسازی شناختی از طریق اصلاح تفسیرها و باورهای نادرست آزمودنی در مورد وقایع، تقویت استدلال منطقی، ارزشیابی از شواهد و مدارک، آزمون واقعیت، آموزش حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای رفتاری و شناختی، تنش‌زدایی و مثبت‌نگری به همراه دارو درمانی است. نتایج نشان‌دهنده کارایی بالای روش ترکیبی در کاهش و از بین رفتن باورهای هذیانی و پیشگیری از عودت مجدد آنها طی یک دوره ۶ ماهه است. از جمله نکات قابل بحث در مورد کارایی فنون شناختی - رفتاری به همراه دارو درمانی در درمان اختلالات روان‌پریشی، نقش آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در کاهش مشکلات مربوط به کارکردهای اجتماعی افراد مبتلا به اختلالات هذیانی و پیشگیری از عودت این نشانگان است.

کلید واژه‌ها: درمان ترکیبی، شناخت - رفتار درمانی، دارو درمانی، اختلال هذیانی، جنون عشقی، طرح بازگشتی، تک آزمودنی.

* روان‌شناس بالینی کودک و دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

** دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تهران

مقدمه

اختلال هذیانی^۱ یکی از اختلالات روان‌پریشی^۲ است که مشخصه اصلی آن وجود یک یا چند نوع هذیان مأنوس^۳ است که لااقل برای مدت یک ماه ادامه یابد. این اختلال انواع مختلفی دارد که عبارتند از: جنون عشقی^۴، عظمت و بزرگ‌نمایی^۵، حسادت^۶، گزند و آسیب^۷، جسمانی^۸ و آمیخته^۹ (DSM-IV-TR, ۲۰۰۰).^{۱۰}

ویژگی اصلی و اساسی اختلال هذیانی از نوع جنون عشقی وجود هذیان‌هایی با محتوای عاشقانه است و فرد تصور می‌کند که شخص دیگری به شدت شیفته او است. معمولاً موضوع هذیان فردی است با جایگاه اجتماعی بالا (فردی مشهور و دارای شغلی خارق‌العاده)، اما این فرد کاملاً غریبه است. فرد مبتلا پیوسته می‌کوشد با موضوع هذیان از طریق تلفن، نامه، هدیه، ملاقات و غیره رابطه برقرار کند. اکثر افراد مبتلا به این نوع اختلال در نمونه‌های بالینی زن هستند. میزان شیوع این اختلال در بین پذیرفته‌شدگان برای استفاده از تسهیلات سلامت روانی سرپایی برابر با ۱ تا ۲ درصد است و میزان شیوع آن در کل جامعه در حدود ۰/۰۳ درصد برآورد شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۱}، ۲۰۰۰).

افراد مبتلا به اختلال هذیانی دچار مشکلات اجتماعی، زناشویی و یا شغلی می‌شوند. این افراد معمولاً خلق بسیار تحریک‌پذیر و ملالت‌بار^{۱۲} دارند و این خلق تحریک‌پذیر واکنشی است به باورهای هذیانی این افراد. معمولاً مبتلایان به نوع جنون عشقی دچار مشکلات قانونی نیز می‌شوند. این اختلال اغلب با اختلالاتی نظیر وسواس بی‌اختیاری، افسردگی اساسی، بدشکلی بدنی و شخصیت اجتنابی، اسکیزوئید و پارانوئید ارتباط دارد.

دو رویکرد مهم در مورد اختلالات روانی وجود دارند که یکی بر علل بیولوژیکی و دیگری بر علل روان‌شناختی مؤثر در شکل‌گیری اختلالات روانی تاکید دارد. در مورد اختلالات روان‌پریشی نیز، هم نابهنجاری‌های زیست‌شناختی در مغز و هم عوامل تنش‌زای محیطی و روان‌شناختی در شروع و تداوم نشانگان اختلال نقش دارد. لذا اعتقاد بر این است که مدل‌های دارویی و

^۱ . delusional disorder

^۲ . psychotic disorders

^۳ . nonbizarre

^۴ . erotomatic

^۵ . grandiose

^۶ . jealous

^۷ . persecutory

^۸ . somatic

^۹ . mixed

^{۱۰} . Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision

^{۱۱} . American Psychiatric Association(APA)

^{۱۲} . dysphoric

روان‌شناختی روان‌پریشی، مکمل یکدیگر بوده و تضادی ندارند. به این معنا که در کار بالینی، متخصصان در پی شناخت عوامل زیست‌شناختی و روان‌شناختی مرتبط با اختلال روان‌پریشی هستند و سعی دارند با استفاده از درمان‌های دارویی و روان‌شناختی نشانگان اختلال را کنترل و از عودت مجدد آن پیشگیری کنند.

از طرفی مشاهده شده است که بعضی از افراد مبتلا به روان‌پریشی نسبت به داور مقاوم هستند و علی‌رغم استفاده از سطح بهینه‌ای از داروهای مربوط، نشانگان پایدار و عودکننده‌ای دارند (میهر^۱، ۲۰۰۴). براین اساس امروز اعتقاد متخصصان حوزه سلامت روانی بر این است که درمان قطعی اختلالات روان‌پریشی مستلزم استفاده از رویکردی جامع است که متشکل از دارو درمانی و مداخله‌های روان‌شناختی باشد (لوریلو، لنروت و باستیلو^۲، ۲۰۰۳).

هم‌چنین نتایج تحقیقات کنترل شده روی بیماران مبتلا به روان‌پریشی و اسکیزوفرنیای مزمن که مقاوم به درمان دارویی هستند، نشان داده‌اند که به‌کارگیری مداخلات شناختی - رفتاری توام با دارو درمانی، تأثیر زیادی بر کاهش هذیان‌ها، توهم‌ها و نشانگان منفی و مثبت این بیماران دارد (تاریر^۳ و همکاران، ۲۰۰۴؛ تورکینگتون و کینگدان^۴، ۲۰۰۰؛ دورهام^۵ و همکاران، ۲۰۰۳؛ تورکینگتون، کینگدان و ترنر^۶، ۲۰۰۲). در این راستا چادویک و لو^۷ (۱۹۹۰) معتقدند که اصلاح باورها از طریق تکنیک بازسازی شناختی و آزمودن واقعیت^۸ با استفاده از سؤال کردن‌های سقراطی^۹ سقراطی^۹ از جمله فنون شناختی - رفتاری هستند که برای چالش با باورهای هذیانی افراد مبتلا به اختلالات روان‌پریشی بسیار کارایی دارند.

نلسون^{۱۰} (۲۰۰۵) نیز یک مدل شناختی - رفتاری عمومی برای درمان هذیان‌ها ارائه کرده است. از نظر او افکار، هیجان‌ها و رفتار فرد در شکل‌گیری و تداوم باورهای هذیانی با یکدیگر تعامل نزدیکی دارند، لذا برای از بین بردن باورهای هذیانی بهتر است که مداخله در سطح افکار و رفتارها صورت گیرد. بدین منظور باید سوگیری‌های موجود در تفکر و تفسیرهای نادرست از موقعیت‌ها شناسایی و اصلاح شوند تا چرخه حفظ‌کننده نشانگان روان‌پریشی شکسته شود.

۱. Myhr

۲. Lauriello, Lenroot & Bustillo

۳. Tarrier

۴. Turkington & Kingdon

۵. Durham

۶. Turner

۷. Chadwick & Lowe

۸. reality testing

۹. Socratic questioning

۱۰. Nelson

دپارتمان بهداشت^۱ در انگلستان (۲۰۰۰) نیز اظهار کرده است که راهبردهای روانشناختی، به‌خصوص شناخت - رفتار درمانگری می‌تواند درمان افراد مبتلا به اختلالات روان‌پریشی را سرعت بخشیده و از احتمال بازگشت نشانگان آن در آینده بکاهد. براین اساس هدف اصلی پژوهش حاضر ارائه گزارشی از یک مورد درمان موفقیت‌آمیز اختلال هذیانی از نوع جنون عشقی با استفاده از درمان ترکیبی (شناختی - رفتاری و دارویی) در قالب یک طرح تک آزمودنی بازگشتی^۲ (ABA) است.

پیشینه پژوهش

اولین بار استفاده از اصول و فنون شناخت - رفتار درمانگری برای درمان نشانگان روان‌پریشی در دهه ۱۹۵۰، توسط بک^۳ (۱۹۵۲) گزارش شده است. وی گزارشی از یک مورد درمان موفقیت‌آمیز مردی مبتلا به هذیان‌های پارانویایی با استفاده از فنون شناختی ارائه کرد. پس از آن اکثر کارهای بالینی در مورد افراد روان‌پریشی صورت گرفته‌اند که نسبت به دارو مقاوم بوده و علی‌رغم استفاده از دارو، نشانگان روان‌پریشی در آنان کاهش پیدا نکرده است. مطالعاتی نیز در مورد افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا که در فاز حاد بیماری بودند و در بیمارستان بستری شده بودند، صورت گرفته که نتایج آنها نشان داده است، شناخت - رفتار درمانگری^۴ را می‌توان به طور مفید و کارآمدی برای درمان این بیماران به کارگرفت (دروری، بیرچ‌وود و کوچران^۵، ۲۰۰۰؛ لوئیس^۶ و همکاران، ۲۰۰۲؛ تاریخ و همکاران، ۲۰۰۴).

طی دهه قبل نیز پژوهش‌های کنترل شده و تصادفی وسیعی در مورد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام گرفته که نتایج اکثر این پژوهش‌ها نشان داده‌اند، به‌کارگیری فنون شناختی - رفتاری به همراه دارودرمانی، رویکردی جامع و کارآمد برای درمان مبتلایان به این اختلال‌ها است (تاریخ و همکاران، ۱۹۹۳؛ گارتی^۷ و همکاران، ۱۹۹۷؛ تورکینگتون و کینگ‌دان، ۲۰۰۰). در ادامه به چند مورد از این پژوهش‌ها اشاره خواهیم کرد.

رکتور^۸ و بک (۲۰۰۱) طی یک پژوهش فراتحلیلی اثربخشی فنون شناختی - رفتاری را در تحقیقات مرتبط با اسکیزوفرنیا مورد بررسی قرار دادند و حجم اثری برابر با ۱/۳ را برای نشانگان مثبت در گروهی که شناخت - رفتار درمانی (CBT) دریافت کرده بودند، در مقایسه با حجم اثری

^۱ . department of Health

^۲ . reversal single subject design

^۳ . Beck

^۴ . Cognitive – Behavioral Therapy (CBT)

^۵ . Drury, Birchwood & Cochrane

^۶ . Lewis

^۷ . Garety

^۸ . Rotor

برابر با ۰/۶۳ در گروهی که درمان معمولی دریافت کرده بودند، گزارش کردند. در این پژوهش میزان اثر برای نشانگان منفی در گروه CBT برابر با ۱/۰۸ و در گروه درمان معمولی برابر با ۰/۴۷ بود. هم‌چنین مشاهده شد که گروه CBT طی یک دوره ۱۸ ماهه پیگیری هیچ نشانه‌ای از عودت اختلال از خود نشان ندادند.

تورکینگتون و کینگدان (۲۰۰۰) کارایی یک رویکرد شناختی - رفتاری فشرده کوتاه مدت را در بیماران اسکیزوفرنیای بستری در بیمارستان و غیربستری مورد بررسی قرار دادند. این رویکرد متشکل از ۶ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای بود که طی یک دوره ۲ ماهه ادامه داشت. پژوهشگران این بیماران را به طور تصادفی به دو گروه تقسیم کردند: یک گروه علاوه بر دارو درمانی از مداخلات شناختی - رفتاری کوتاه مدت استفاده می‌کردند و گروه دیگر از مداخله دوست شدن با دیگری^۱. بیمارانی که شناخت - رفتار درمانگری دریافت کردند کاهش معناداری از نظر نشانگان روان‌پریشی داشتند و طول درمان آنها نسبت به گروه دیگر به نصف کاهش یافت.

کتر^۲ (۲۰۰۵) نیز رویکرد شناختی - رفتاری جدیدی را تحت عنوان شناخت - رفتار درمانگری درمانگری کارکردی^۳، برای درمان نشانگان روان‌پریشی طراحی و مطرح کرده است. رویکرد او در وهله اول با هدف تعدیل نقایص موجود در کارکردهای اجتماعی بیماران روان‌پریش طراحی شده است. این پژوهشگر طی یک مطالعه مقدماتی کارایی این رویکرد درمانی را مورد بررسی قرار داده است. او در این مطالعه بیماران روان‌پریش را براساس جنسیت و شدت بیماری، به طور تصادفی به دو گروه تقسیم کرد: گروه اول شناخت - رفتار درمانی کارکردی (FCBT) را طی ۱۶ جلسه یک ساعته که به صورت هفتگی تشکیل می‌شد دریافت کردند و گروه دوم در ۱۶ جلسه یک ساعته آموزش روان‌شناختی شرکت کردند. نتایج نشان داد که گروه اول نسبت به گروه دوم کاهش بیشتری در نشانگان اختلال خود داشتند و از نظر کارکردهای اجتماعی بهبودی بیشتری داشتند.

چیانگ^۴ (۲۰۰۳) طی یک مطالعه موردی، گزارشی از سه مورد درمان موفقیت‌آمیز بیماران مبتلا مبتلا به اسکیزوفرنیای مقاوم به درمان دارویی با استفاده از فنون شناختی - رفتاری ارائه کرده است. تاریخ و همکاران (۱۹۹۹، ۲۰۰۰) تعداد ۷۲ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا را که دارای توهم و هذیان بودند و نسبت به دارودرمانی مقاوم بودند به طور تصادفی به سه گروه تقسیم کردند: ۲۴ نفر در گروه شناخت - رفتار درمانی (CBT)، ۲۱ نفر در گروه مشاوره حمایتی و ۲۷ نفر در گروه درمانی معمولی قرار گرفتند. در گروه CBT به بیماران آموزش حل مسئله، پیشگیری از عودت نشانگان و بهبود راهبردهای مقابله‌ای داده شد. این گروه در خلال ۱۰ هفته به مدت ۲۰ ساعت در

¹. Time – matched befriending

². Cather

³. Functional Cognitive – Behavioral Therapy (FCBT)

⁴. Cheung

جلسات مخصوص شرکت می‌کردند. نتایج نشان داد که به طور کلی در ۳۳ درصد از افراد گروه CBT، نشانگان روان‌پریشی به نصف (۵۰ درصد) کاهش یافت؛ در حالی که ۱۵ درصد بیماران گروه مشاوره حمایتی، کاهش نشانگان را گزارش کردند. بیماران هر دو گروه طی یک پیگیری ۲ ساله هیچ تفاوتی را از نظر میزان نشانگان اختلال نشان ندادند، در حالی که در گروه سوم یا درمان معمولی، بیماران وضعیت بدتری را از نظر این نشانگان اختلال داشتند.

از جمله پژوهش‌های داخلی که کارآیی روش شناخت- رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی را در درمان اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار داده است می‌توان به مطالعه موردی خدایاری‌فرد (۱۳۸۲) اشاره کرد. این محقق گزارش از یک مورد درمان موفقیت‌آمیز اسکیزوفرنیا با استفاده از درمان ترکیبی و بکارگیری دارو درمانی به همراه فنونی چون تغییر باور و نگرش، تنش‌زدایی، خودبازبینی با استفاده از جدول خودگزارش‌دهی افکار غیرمنطقی و درمان انزجاری، ارائه کرده است. آزمودنی این پژوهش دانشجویی ۳۸ ساله و متأهل بوده است که به مدت ۵ سال مبتلا به اسکیزوفرنی توأم با افسردگی شدید بوده است و پس از شرکت در ۱۰۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفتگی در جلسات روان‌درمانگری مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری و استفاده همزمان از دارودرمانی به بهبودی کامل رسیده است.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر تک آزمودنی و از نوع طرح‌های بازگشتی ABA است. این طرح یکی از طرح‌های آزمایشی است که معمولاً در شرایطی که پیدا کردن تعداد زیادی افراد مشابه برای تقسیم آنها به گروه‌های آزمایشی و گواه امکان‌پذیر نیست، به‌کار می‌رود. در پژوهش‌های تک آزمودنی، آزمایش اغلب با یک فرد به اجرا درمی‌آید (سیف، ۱۳۸۳).

در این پژوهش یک دانشجوی دختر ۲۳ ساله که براساس نتایج مصاحبه بالینی صورت گرفته توسط روان‌شناس، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، نتایج آزمون‌های SCL-90-R^۱ و MMPI^۲ و تشخیص روان‌پزشک مبتلا به اختلال هذیانی از نوع جنون عشقی تشخیص داده شده است، با استفاده از درمان شناختی- رفتاری و دارویی (درمان ترکیبی) مورد مطالعه و درمان قرار گرفته است. ابزارهای مورد استفاده جهت تشخیص نوع اختلال آزمودنی شامل آزمون‌های MMPI و SCL-90-R بوده است. لازم به ذکر است که این دو آزمون، سه مرتبه روی آزمودنی اجرا و تفسیر شده است. یک‌بار در خط پایه^۳ یا مرحله قبل از مداخله (مرحله A)، یک‌بار در حین مداخله و به

^۱ . 90 Symptom Check List Revised

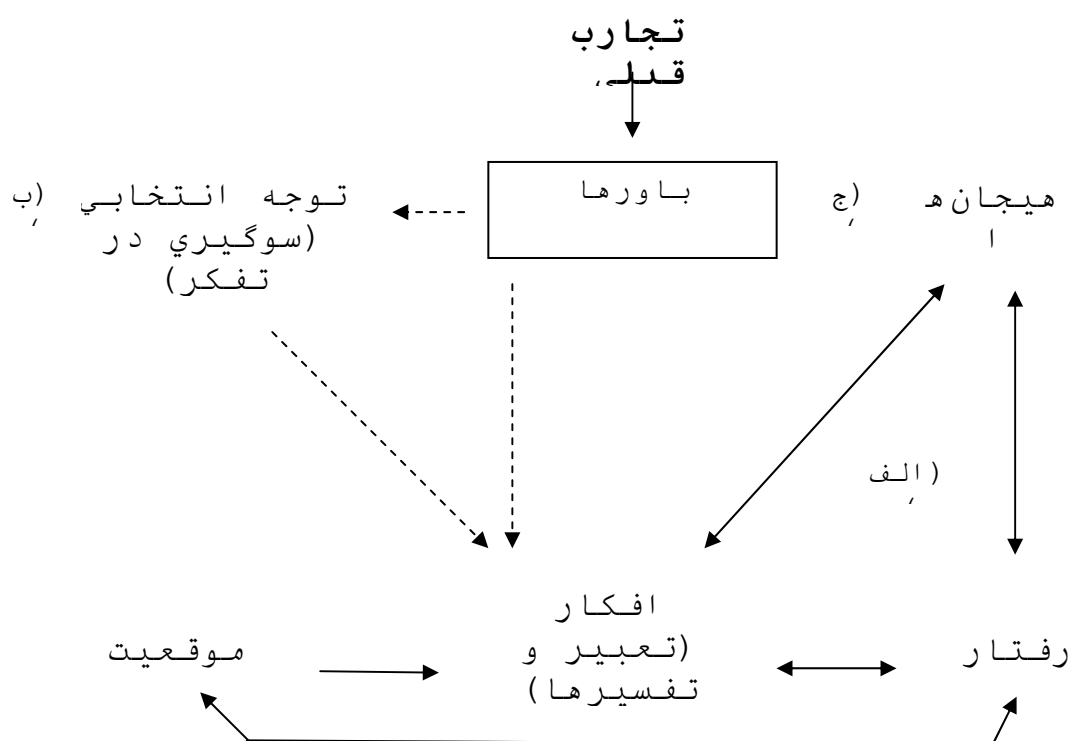
^۲ . Minnesota Multiphasic Personality Inventory

^۳ . baseline

کارگیری فنون شناختی - رفتاری (مرحله B) و یک بار ۶ ماه پس از درمان که آزمودنی هیچ نوع درمانی را دریافت نمی کرده است (مرحله A).

مداخلات شناختی - رفتاری شامل ۲۰ جلسه یک ساعته بوده که هر هفته یکبار تشکیل می شد. فنون مورد استفاده در این مداخلات شامل بازسازی شناختی^۱، آموزش حل مسئله^۲، آموزش و بهبود راهبردهای مقابله ای^۳، آموزش تنش زدایی، آزمون واقعیت^۴، تقویت استدلال منطقی، ارزشیابی شواهد و مدارک مثبت نگری بوده است. لازم به ذکر است که آزمودنی همزمان با شرکت در جلسات شناخت - رفتار درمانگری از داروهای ضد روان پریشی نیز استفاده می کرده است.

کلید فنون پیش گفته براساس مدل عمومی شناخت - رفتار درمانی که توسط نلسون (۲۰۰۵) طراحی شده است به کار گرفته شده اند. این مدل را در نمودار شماره ۱ مشاهده می کنید.



نمودار ۱. مدل عمومی CBT، برگرفته از نلسون، ۲۰۰۵

چنان که در نمودار مشاهده می شود، افکار، هیجانها و رفتار تعامل نزدیکی در حفظ و تداوم حالات موجود در فرد دارند، لذا ایجاد تغییر در این مثلث خود تقویت کننده و تبدیل آن از منفی به مثبت یک بعد مهم در CBT است. برای ایجاد این تغییر، تشخیص و اصلاح سوگیری های

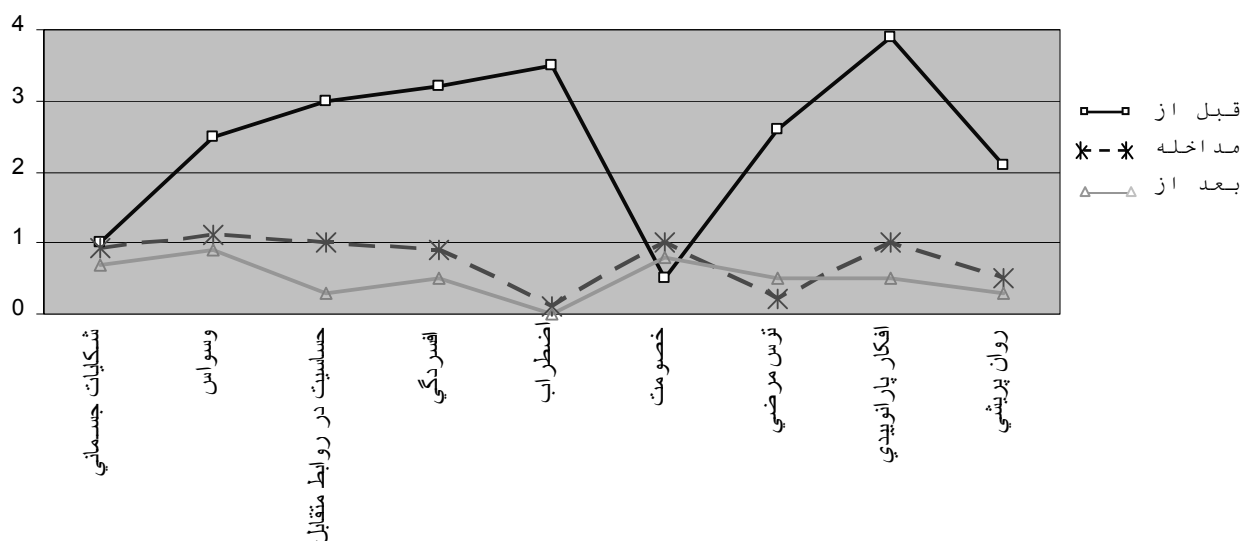
¹. cognitive restructuring
². problem – solving training
³. coping strategies enhancement
⁴. reality testing

موجود در تفکر فرد روان‌پریش و دارای هذیان، اصلاح باورهای نادرست و غیرمنطقی زیربنایی او، اصلاح تفسیرهای غیردقیق و غیرواقعی او از طریق استدلال منطقی، آزمودن واقعیت و پرسیدن سؤال‌های سقراطی و بهبود راهبردهای مقابله‌ای فرد دارای هذیان از اهمیت خاصی برخوردار است (نلسون، ۲۰۰۵).

یافته‌های پژوهش

آزمودنی در اولین جلسه روان‌درمانگری اظهار کرد: "همیشه دچار اضطراب، افسردگی و ناامیدی هستم، از نوجوانی تاکنون به دیگران سوءظن دارم، به‌خصوص نسبت به جنس مخالف، چون مادرم از کودکی به من می‌گفت که مردها دروغگو و خطرناک هستند. با این حال الان به یکی از پسرهای دانشجو علاقه‌مندم. اما او ازدواج کرده، ولی مطمئن هستم که عاشق و دل‌باخته من است. با این که چندین بار از او خواستگاری کرده‌ام و او همیشه به من جواب رد داده است، می‌دانم که سخت عاشق من است. همیشه عشق را در چشم‌ها و چهره‌اش می‌خوانم. او اخیراً به خانواده‌ام زنگ زده و گفته است که اگر مزاحمت‌های دختر شما ادامه پیدا کند، از او شکایت خواهم کرد، ولی می‌دانم منظورش این بوده که مرا دوست دارد و بعداً با من ازدواج خواهد کرد، قبلاً نیز همین تجربه را با چند پسر دیگر داشتم."

در این مرحله روان‌درمانگر براساس اظهارات آزمودنی در مصاحبه بالینی و با توجه به ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR تشخیص اختلال هذیانی از نوع جنون عشقی داده و برای اطمینان بیشتر آزمودنی را به روان‌پزشک ارجاع داده که نظر روان‌پزشک نیز وجود هذیان بوده است و داروهای ضد هذیان برای او تجویز کرده است. همچنین در این مرحله (مرحله A یا خط پایه) آزمون‌های SCL-90-R و MMPI برای آزمودنی اجرا و تفسیر شده است که نتایج آن را در نمودار شماره ۲ و ۳ مرحله قبل از درمان مشاهده شود.



نمودار ۲. نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله در مرحله پیگیری (محلۀ A. B.A)

همان گونه که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، قبل از مداخله نمره آزمودنی در مقیاس‌های وسواس - اجبار (۲/۶)، حساسیت در روابط متقابل (۳)، افسردگی (۳/۱)، اضطراب (۳/۲)، ترس مرضی (۲/۹)، افکار پارانوئیدی (۳/۶) و روان‌پریشی (۲/۳) بالا بوده و نشانگر این است که آزمودنی علاوه بر دارا بودن نشانگان روان‌پریشی و هذیان دارای اضطراب، افسردگی، سوءظن شدید و ترس مرضی نیز است.

چنان که پیشتر ذکر شد طرح پژوهش حاضر از نوع ABA بوده لذا با توجه به نتایج مصاحبه بالینی، نظر روان‌پزشک و آزمون‌های SCL-90-R و MMPI مبتنی بر وجود نشانگان روان‌پریشی (هذیان) در آزمودنی، پس از تفسیر نتایج آزمون‌ها برای او، این آزمودنی علاوه بر دارودرمانی در جلسات هفتگی روان‌درمانگری مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری نیز شرکت کرد (درمان ترکیبی).

با توجه به رابطهٔ متقابلی که بین افکار، رفتار و هیجانات فرد وجود دارد و با در نظر گرفتن این که روابط موجود در مثلث افکار، رفتار و هیجان می‌تواند چرخه‌ای معیوب ایجاد کند که حالات هیجانی موجود را در فرد مبتلا به اختلال هذیانی تشدید و حفظ می‌نماید، هدف اصلی درمان شکستن این چرخه از طریق روش‌های زیر بوده است: شناسایی تفسیرها و باورهای غیرمنطقی، غیرواقعی و هذیانی آزمودنی و چالش با این افکار از طریق بازسازی شناختی، بررسی شواهد و

مدارک موجود علیه این باورها، ارزشیابی مجدد خاطرات و وقایع گذشته که از باورهای هذیانی حمایت می‌کرده‌اند، تقویت قدرت استدلال منطقی، آزمودن واقعیت‌ها (کمک به فرد برای زیر سؤال بردن شواهد و مدارکی که زیربنای باورهای هذیانی هستند از طریق سؤال‌های سقراطی و آزمایش‌های رفتاری برای بررسی صحت یا عدم صحت شواهد مربوط به باورهای هذیانی)، آموزش راهبردهای مقابله‌ای شناختی و رفتاری مؤثر برای پیشگیری از عودت و بازگشت باورهای هذیانی، آموزش حل مسئله برای حل مشکلات روزمره و مثبت‌نگری جهت غلبه بر سوءظن و بدبینی نسبت به دیگران.

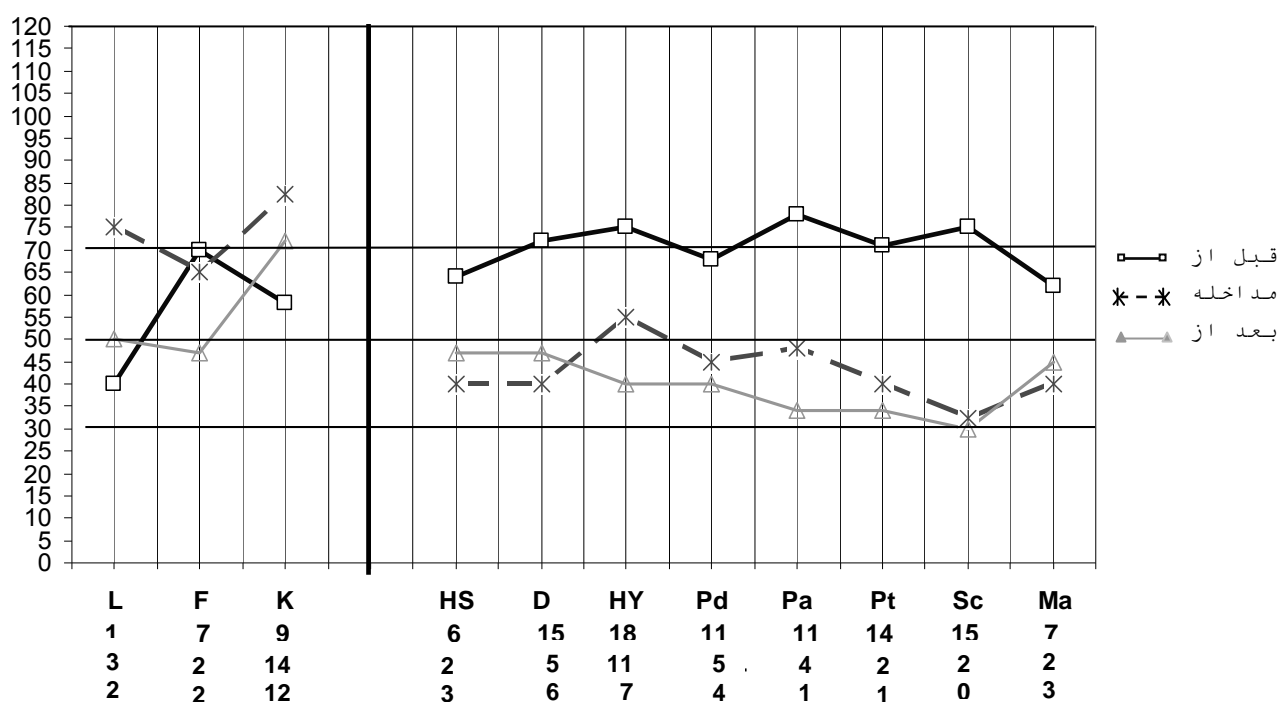
لذا در این مرحله (مرحله B با اعمال مداخله ترکیبی آزمودنی در ۲۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روان‌درمانگری براساس فنون فوق شرکت داده شد. سپس با توجه به کاهش و کنترل باورهای هذیانی (جنون عشقی) و سایر مشکلات روانی آزمودنی و با مشورت روان‌پزشک، علاوه بر قطع داروهای آزمودنی، در پایان جلسه بیستم روان‌درمانگری، آزمون‌های SCL-90-R و MMPI برای او اجرا و تفسیر شد. نتایج این آزمون‌ها را نیز در نمودارهای ۲ و ۳ (خطوط نقطه چین در این دو نمودار) مشاهده می‌کنید.

خطوط نقطه‌چین در نمودار ۲ مربوط به نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله است، چنان که مشاهده می‌شود نمره آزمودنی بعد از مداخله در مقیاس‌های مختلف آزمون SCL-90-R کاهش زیادی پیدا کرده است، به‌خصوص در مقیاس‌های وسواس - اجبار (۱/۱)، حساسیت در روابط متقابل (۰/۹)، افسردگی (۰/۷)، اضطراب (۰/۳)، ترس مرضی (۰/۴)، افکار پارانوئیدی (۱) و روان‌پریشی (۰/۵). کاهش نمرات در این مقیاس‌ها نشان‌دهنده سلامت روانی و وضعیت نرمال آزمودنی است. با مقایسه نمودار نیمرخ روانی آزمودنی قبل و بعد از مداخله می‌توان نتیجه گرفت که بعد از مداخله نه تنها نشانگان روان‌پریشی در آزمودنی کاهش چشمگیری داشته است، بلکه سایر اختلالات روانی آزمودنی از جمله اضطراب، افسردگی، سوءظن به دیگران و ترس‌های او نیز کاملاً درمان شده است که نشان‌دهنده اثربخشی و کارایی رویکرد درمان ترکیبی (شناختی - رفتاری و دارویی) در درمان اختلالات هذیانی است.

در طرح‌های ABA پس از اعمال متغیر مستقل (در این پژوهش مداخله شناختی - رفتاری به همراه دارو درمانی) و مشاهده تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته (در پژوهش حاضر کاهش نشانگان روان‌پریشی و باورهای هذیانی)، مجدداً شرایط به حالت خط پایه برمی‌گردد. به عبارت دیگر، متغیر مستقل حذف می‌شود و متغیر وابسته مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد تا اطمینان حاصل شود که تغییرات متغیر وابسته تحت تأثیر متغیر مستقل است. لذا در پژوهش حاضر ۶ ماه پس از قطع درمان ترکیبی (درمان شناختی - رفتاری و دارویی)، دوباره آزمودنی توسط روان‌درمانگر مورد

مصاحبه بالینی قرار گرفت، به روان‌پزشک ارجاع داده شد و آزمون‌های SCL-90-R و MMPI برای او اجرا و تفسیر شد. نتایج مصاحبه بالینی، نظر روان‌پزشک و آزمون‌های مذکور همگی نشان‌دهنده سلامت روانی و وضعیت روانی نرمال آزمودنی است. نتایج آزمون‌های SCL-90-R و MMPI را در مرحله پیگیری (مرحله A) در نمودارهای ۲ و ۳ مشاهده می‌کنید (خط روشن در این دو نمودار)

خطوط روشن در نمودار ۲ نشان‌دهنده نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون SCL-90-R در مرحله پیگیری است، چنان که مشاهده می‌کنید، وضعیت روانی آزمودنی تا ۶ ماه پس از قطع درمان، همچنان نرمال و مطلوب است و هیچ نشانه‌ای از بازگشت نشانگان روان‌پریشی، باورهای هذیانی و سایر اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی، وسواس، سوءظن و افکار پارانوئیدی در آزمودنی مشاهده نمی‌شود. با مقایسه نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله و در مرحله پیگیری (خطوط نقطه‌چین و خطوط روشن) می‌توان نتیجه گرفت که درمان ترکیبی (شناختی - رفتاری و دارویی)، اثرات پایدار و طولانی مدتی را در درمان نشانگان روان‌پریشی و باورهای هذیانی افراد مبتلا به این اختلالات دارد.



نمودار ۳. نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری (مرحله A, B, A)

نمودار ۳ نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI را قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری نشان می‌دهد (خط تیره، نقطه‌چین و روشن). همان‌گونه که مشاهده می‌شود، قبل از مداخله (خط پایه) نمره بالا در مقیاس F (۷) نشان‌دهنده افکار غیرعادی، گوشه‌گیری و مردم‌گریزی آزمودنی است، بالا بودن نمره در مقیاس D (۱۵) بیانگر افسردگی آزمودنی، نمره بالا در مقیاس Hy (۱۸) نشان‌دهنده توجه زیاد به خود و توقع حمایت و محبت از دیگران، نمره بالا در مقیاس Pa (۱۱) نشان‌دهنده سوءظن، بدبینی و شکایت از دیگران و افکار پارانوئیدی، نمره بالا در مقیاس Pt (۱۴) مبین وسواس، اضطراب و ترس شدید و نمره بالا در Sc (۱۵) نشانگر پیشرفت اسکیزوفرنیا و نشانگان روان‌پریشی در آزمودنی است.

با مقایسه خط تیره در نمودارهای ۲ و ۳ می‌توان دریافت که بین نتایج آزمون‌های SCL-90-R و MMPI قبل از مداخله همخوانی زیادی وجود دارد و هر دو آزمون نشان‌دهنده وجود اضطراب، وسواس، افسردگی، ترس، افکار پارانوئیدی، سوءظن به دیگران و نشانگان روان‌پریشی در آزمودنی هستند.

خطوط نقه‌چین در نمودار ۳ نشان می‌دهد که بعد از مداخله نمره آزمودنی در کلیه مقیاس‌های آزمون MMPI کاهش زیادی پیدا کرده است، به طوری که به غیر از مقیاس K (۱۴)، نمره آزمودنی در سایر مقیاس‌ها بسیار پایین است، نمره آزمودنی در مقیاس‌های F برابر با ۲، D برابر با ۵، Hy برابر با ۱۱، Pa برابر با ۴، Pt برابر با ۲ و Sc برابر با ۲ است. این کاهش نمرات نشان‌دهنده نبود افسردگی، سوءظن به دیگران، افکار پارانوئیدی، وسواس، اضطراب و نشانگان روان‌پریشی در آزمودنی و وضعیت روانی مطلوب و نرمال او است. با مقایسه نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله (خطوط تیره و نقطه‌چین در نمودار ۳) می‌توان نتیجه گرفت که درمان ترکیبی، رویکرد درمانی مناسبی جهت درمان اختلال هذیانی و سایر اختلالات روانی همراه با آن است.

خطوط روشن در نمودار ۳ مربوط به نیمرخ روانی آزمودنی MMPI در مرحله پیگیری (مرحله A) است. همان‌گونه که خطوط روشن نمودار نشان می‌دهد نیمرخ روانی آزمودنی تا ۶ ماه پس از قطع درمان ترکیبی همچنان طبیعی و نرمال است و نمرات آزمودنی در مقیاس‌های مختلف آزمون MMPI پایین و در سطح بهنجار می‌باشد. با مقایسه خطوط نقطه‌چین و روشن موجود در نمودار ۳ می‌توان نتیجه گرفت که درمان ترکیبی (شناختی - رفتاری و دارویی) نه تنها رویکرد درمانی کارآمد و مؤثری در درمان اختلالات روان‌پریشی (اختلال هذیانی) و سایر اختلالات روانی همراه با آن از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس و ترس مرضی است، بلکه آثار مثبت این رویکرد درمانی در کاهش نشانگان روان‌پریشی تا ۶ ماه پس از درمان همچنان پایدار باقی می‌ماند.

مقایسه خطوط نقطه‌چین در نمودارهای شماره ۲ و ۳ نشانگر همسویی نتایج آزمون SCL-90-R و MMPI در مرحله B یا اعمال مداخله است، به طوری که نتایج هر دو آزمون در این مرحله نشان‌دهنده اثربخشی و تأثیر مداخلات شناختی- رفتاری به همراه دارودرمانی در درمان اختلال هذیانی از نوع جنون عشقی است.

هم‌چنین مقایسه خطوط روشن در نمودارهای ۲ و ۳ نشان می‌دهد که بین نتایج آزمون‌های SCL-90-R و MMPI در مرحله پیگیری (مرحله A) همسویی زیادی وجود دارد و نتایج هر دو آزمون نشان‌دهنده عدم بازگشت و عودت نشانگان روان‌پریشی و سایر مشکلات روانی در آزمودنی است.

بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه نیم‌رخ روانی آزمودنی در آزمون‌های SCL-90-R و MMPI قبل از درمان، بعد از درمان و در یک پیگیری ۶ ماهه نشان داد که رویکرد درمان ترکیبی (شناختی - رفتاری و دارویی) نه تنها درمان کارآمدی برای کاهش و کنترل نشانگان روان‌پریشی در افراد مبتلا به اختلال هذیانی است، بلکه تأثیر این شیوه درمانی، طولانی مدت و پایدار است و مانع از عودت نشانگان اختلال پس از قطع درمان می‌شود. این نتایج با نتایج پژوهش‌های رکتور و بک (۲۰۰۱)، تورکینگتون و کینگ دان (۲۰۰۰)، کتر (۲۰۰۵) و تاریر و همکاران (۱۹۹۹، ۲۰۰۰) و خدایاری فرد (۱۳۸۲) همسو است.

رکتور و بک (۲۰۰۱) در پژوهش فراتحلیلی خود دریافتند که به‌کارگیری فنون CBT حجم اثری برابر با ۱/۳ در کاهش نشانگان مثبت و حجم اثری برابر با ۱/۰۸ در کاهش نشانگان منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دارد.

تورکینگتون و کینگ‌دان (۲۰۰۰) با مطالعه بیماران اسکیزوفرنیای بستری و غیربستری شده در بیمارستان دریافتند که به‌کارگیری رویکرد شناختی - رفتاری کوتاه مدت همراه با دارو درمانی در طول یک دوره ۲ ماهه در مقایسه با رویکرد مشاوره حمایتی منجر به کاهش بیشتر و معنادارتر در نشانگان روان‌پریشی این بیماران می‌شود و طول مدت درمان را به نصف تقلیل می‌دهد.

کتر (۲۰۰۵) در یک مطالعه مقدماتی، کارایی رویکرد شناختی - رفتاری کارکردی طراحی شده توسط خود را در درمان بیماران روان‌پریش مورد بررسی قرار داد. او دریافت که به‌کارگیری این رویکرد در مقایسه با رویکرد آموزش روان‌شناختی، به کاهش بیشتر نشانگان اختلال و بهبود کارکردهای اجتماعی این بیماران منتهی می‌شود.

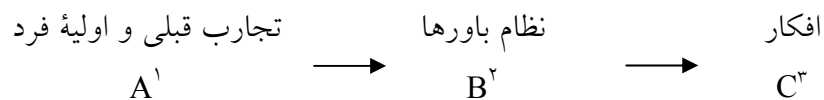
تاریخ و همکاران (۱۹۹۹، ۲۰۰۰) با به‌کارگیری فنون آموزش حل مسئله و بهبود راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اسکیزوفرنیای دارای توهم و هذیان در جلسات روان‌درمانگری شناختی - رفتاری دریافتند که نشانگان روان‌پریشی ۳۳ درصد از این بیماران طی ۱۰ هفته به نصف تقلیل یافت.

هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر همسو با نظریه نلسون (۲۰۰۵) و بک (۲۰۰۲) نشان داد که برای درمان اختلالات هذیانی، ابتدا باید باورها، افکار و تفسیرهای غیرواقعی، غیرمنطقی و منفی فرد را شناسایی کرد و سپس از طریق آموزش جایگزینی افکار و تفسیرهای مثبت و منطقی با افکار غیرمنطقی، با این تحریفات شناختی چالش ایجاد کرد. به محض اصلاح نظام باورها و تفسیرهای فرد از پدیده‌ها، چرخه حفظ‌کننده نشانگان روان‌پریشی شکسته و حالات خلقی او نیز اصلاح خواهد شد.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش خدایاری‌فرد (۱۳۸۲) نیز همسو است. این پژوهشگر گزارشی از یک مورد درمان موفقیت‌آمیز اختلال اسکیزوفرنیا با استفاده از دارو درمانی توأم با فنون شناختی - رفتاری ارائه کرده است.

از جمله دلایل احتمالی کارایی و تأثیر درمان ترکیبی در درمان اختلالات روان‌پریشی و هذیانی عبارتند از: مداخلات شناختی - رفتاری فرد را مجهز به راهبردهای مقابله‌ای شناختی و رفتاری مؤثر می‌کند، که از بازگشت و عودت نشانگان روان‌پریشی پیشگیری می‌کند، استفاده از داروهای ضدروان‌پریشی از رخداد و تقویت باورهای هذیانی جلوگیری می‌کند و این کار از طریق ممانعت از شکل‌گیری تحریفات بیولوژیکی ایجاد‌کننده حالات خلقی هذیانی، صورت می‌گیرد و به فرد در کنترل پیامدهای هیجانی ناشی از تفسیرهای نادرست (نظیر کنترل خشم و اضطراب) کمک می‌کند. لذا به‌کارگیری درمان ترکیبی منجر به آثار و نتایج مثبت طولانی‌مدت در افراد مبتلا به این اختلال می‌گردد.

تجارب قبلی فرد نیز از جمله عللی است که در شکل‌گیری باورهای هذیانی نقش مهمی دارند، با رجوع به گفته‌های آزمودنی در جلسه اول روان‌درمانگری مشاهده می‌شود که احتمالاً تکرار مداوم این نکته توسط مادر آزمودنی که "مردها موجودات خطرناک و دروغگویی هستند" منجر به شکل‌گیری سوءظن نسبت به دیگران و باورهای هذیانی در آزمودنی شده است. به عبارت دیگر، در این جریان تجارب قبلی فرد نقش پیشاینده برای شکل‌گیری نظام باورهای او را دارند و روش‌هایی که این باورها بر افکار یا تفسیرها و پیامدهای هیجانی، رفتاری و روان‌شناختی تأثیر می‌گذارند پیامدهای چنین نظامی از باورها هستند.



از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، نداشتن گروه کنترل و عدم مطالعه کارایی رویکردهای شناختی - رفتاری و دارویی به تنهایی و مقایسه آنها با رویکرد ترکیبی است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی علاوه بر مقایسه کارایی رویکردهای منفرد با رویکرد ترکیبی، کارایی رویکردهای منفرد نیز با یکدیگر مقایسه شوند.

تشکر و قدردانی

از زحمات جناب آقای دکتر ناصحی که به عنوان روانپزشک دارودرمانی مراجع را به عهده داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

-
- ¹. Antecedents
 - ². Believe
 - ³. Consequences

فهرست منابع

سیف، علی اکبر. (۱۳۸۳). روان‌شناسی پرورشی: روان‌شناسی یادگیری و آموزش. تهران: انتشارات آگاه.

خدایاری فرد، محمد. (۱۳۸۲). کارآیی روش‌های شناخت- رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی در درمان اسکیزوفرنیا (مطالعه موردی). مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، سال سی و سوم، شماره ۱، ص ۱۰۲-۷۷.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth edition)*, text revised. Washington, DC.
- Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy with a schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15: 305 – 12. Reprinted in A. P. Morrison (ed.) *A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis* (pp. 15 – 18). Hove: Brunner – Rout ledge.
- Beck, A. T. (2002). Successful outpatient psychotherapy with a schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt: A 50 year retrospective. In A. P. Morrison (ed.) *A Casebook of Cognitive Therapy for psychosis* (pp. 15 – 18). Hove: Brunner – Rout ledge.
- Cather, C. (2005). Functional cognitive – behavioral therapy: A brief, individual treatment functional impairments resulting from psychotic symptoms in schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 75, 101-118.
- Chadwick, P. & Lowe, C. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 225- 32.
- Cheung, L. S. (2003). Cognitive – behavioral therapy of Psychosis: an overview and 3 case studies from Hong Kong. *Hong Kong Journal Psychiatry*, 13 (1), 23-30.
- Department of Health (2000). *The National Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*. London: Department of Health.
- Drury, V., Birchwood, M., & Cochrane, R. (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. III: Five – year follow – up. *British Journal of Psychiatry*, 177: 8-14.
- Durham, R., Guthrie, M., Morton, V., Reid, D., Treliving, L., Fowler, D. & MacDonald, R. (2003). Tayside – Fife clinical trial of cognitive – behavioral therapy for medication resistant psychotic symptoms: Results to 3 – month follow – up. *British Journal of psychiatry*, 182: 303-11.
- Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P., Hadley, C. & Jones, S., (1997). London – East Anglia randomized controlled trial of cognitive – behavioral therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry*, 171: 420-26.
- Lauriello, J., Lenroot, R., & Bustillo, J. R. (2003). Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia. *Psychiatric Clinic of North American*, 26, 191-211.
- Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Drake, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L. & Palmer, S., Faragher, B. & Dunn, G. (2002). Randomised controlled trial of cognitive – behavioral therapy in early schizophrenia; acute – phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 181: (suppl. 43), s 91-7.

- Myhr, G. (2004). *Reasoning with psychosis patients: why should a general psychiatrist care about cognitive – behavioral therapy for schizophrenia?* England: Bulletin archives.
- Nelson, H. E. (2005). *Cognitive – Behavioral therapy with delusions and hallucinations: A Practice Manual*. London: Nelson Thornes Ltd.
- Rector, N. & Beck, A. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **189**: 278-87.
- Tarrier, N. B. R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., & Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive – behavioral methods of treating drug – resistant psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. outcome. *British Journal of psychiatry*, **162**, 524-536.
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Humphreys, L., Wittkowski, A. & Morris, J. (2000). Two – year follow – up of cognitive – behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **5**: 917-22.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Dunn, G., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L. & Palmer, S. (2004). Cognitive behavioral therapy in first episode and early schizophrenia: 18 – month follow – up of a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, **184**: 231-9.
- Tarrier, N., Wittkowski, A., Kinney, C., McCarthy, E., Morris, J. & Humphreys, L. (1999). Durability of the effects of cognitive behavioral therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12 – month follow – up. *British Journal of Psychiatry*, **174**: 500-4.
- Turkington, d., & Kingdon, D. (2000). Cognitive – behavioral techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, **177**, 101-106.
- Turkington, D., Kingdon, D. & Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive – behavioral therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, **180**: 523-7.

A Combination of Cognitive-behavioral therapy and pharmacy therapy in delusional disorder: A report of single-subject design (ABA type)

Khodayarifard, Mohammad, Ph. D^{*}
Abedinis, Yasmin, Ph. D Student^{**}

Delusional disorder is one of the types of Psychotic disorder. The incidence of delusion disorder has been estimated about 0/03 percent. The disorder may create serious occupational, social and marital problems for people who suffer from it. There are two approaches in etiology and treatment of it, including pharmacotherapy and psychosocial one. The controlled results of studies have indicated those patients with delusional disorders who resist to pharmacotherapy can advantage of a combination of pharmacotherapy and cognitive-behavioral interventions; because this combination lead to a short-term treatment courses, a reduction or elimination of symptoms and prevention form recurrence of symptoms. Thus, the object of present study was treatment of a subject with delusional disorder, erotomatic type, by using a combination treatment method (Cognitive - behavioral and pharmacotherapy).

The method of current study was single-subject design (ABA). The techniques which was used were including: Cognitive - reconstructing by correcting subject's beliefs, interpretations about events, reinforcing logical thinking, evaluating of evidences, teaching of problem solving, behavioral- cognitive copying strategies, relaxing, positivism and pharmacotherapy. The results indicated that the combining method was highly effective in eliminating the symptoms and preventing from it's recurrence in a 6 months period. One of the points about efficacy of cogitative-behavioral and pharmacotherapy techniques in treating of delusional disorder was the role of teaching of effective copying strategy in reduction of problems related to social function in above-mentioned patients and preventing from recurrence of symptoms.

Key words: a combination therapy, cognitive- behavioral therapy, pharmacotherapy, erotomatic disorder, delusion disorder, single- subject design.

*. Associate Professor, faculty of Psychology and Education, University of Tehran

** . Ph. D. Student, University of Tehran.