

❖ بررسی تأثیر «اداره شرایط تقویت» ❖  
❖ بر هذیانهای یک بیمار مبتلا به ❖  
❖ اسکیزوفرنی پارانوئید ❖

□ دکتر عصمت دانش □

گروه روانشناسی دانشگاه شهیدبهنشتی

چکیده:

این پژوهش با استفاده از طرح برگشتی ABAB تأثیر روش «اداره شرایط تقویت» (C.M) را به عنوان متغیر مستقل، در افزایش صحبت‌های غیرهذیانی (یا منطقی به عنوان متغیر وابسته، در یک زن بیمار ۲۴ ساله مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید که در بیمارستان روزبه بستری بود، مورد ارزیابی قرار داد. انتخاب آزمودنی براساس تشخیص روانپزشک، معیارهای تشخیصی DSM-IV، مشاهده و مصاحبه‌ها، و آزمونهای روانشناختی بود. متغیر کنترل، ثابت نگهداشتن مقدار داروهای تجویز شده در طول دوره اجرای این پژوهش بود. در خلال هر یک از مراحل چهارگانه و در مرحله پیگیری، صحبت‌های غیرهذیانی بیمار به‌طور محرمانه به وسیله کرونومتر اندازه‌گیری و سپس نمودار آن رسم شد. نتایج نشان می‌دهد موقعی که «اداره شرایط تقویت» به کار گرفته شود مقدار صحبت‌های منطقی بیمار افزایش می‌یابد. یک یافته مهم دیگر این بود که اگرچه این روش تأثیری برنظام هذیانی بیمار ندارد، اما روابط اجتماعی او را در جلسات انفرادی درمان و محیط بیمارستان بهبود می‌بخشد.

کلید واژه: اسکیزوفرنی پارانویید، اداره شرایط تقویت، هذیان، طرح برگشتی،

تک بررسی

### مقدمه

ویژگیهای اصلی اسکیزوفرنی ترکیبی از علائم و نشانه‌های مشخص است که با نارساکنش‌وریهای<sup>۱</sup> اجتماعی و شغلی بارز همراه است. نشانه‌های شاخص را می‌توان در دو طبقه وسیع - مثبت و منفی - جای داد. نشانه‌های مثبت ظاهراً افراط یا تحریف در کنشهای بهنجار را منعکس می‌سازند و به صورت تحریف یا اغراق در تفکر استنتاجی (هذیانها)، ادراک (توهمها)، زبان و ارتباط (گفتار آشفته)، بازبینی رفتاری<sup>۲</sup> (رفتار به شدت آشفته یا کاتاتونیک) جلوه‌گر می‌شوند. این نشانه‌ها احتمالاً دو بُعد متمایز را در بر می‌گیرند که ممکن است به نوبه خود با مکانیسمهای عصبی زیربنایی و همبستگیهای بالینی متفاوتی ارتباط داشته باشند: «بُعد روان‌گسستگی»<sup>۳</sup> شامل هذیانها و توهمها است؛ در حالی که «بُعد آشفته»<sup>۴</sup> گفتار و رفتار آشفته را در بر می‌گیرد. نشانه‌های منفی ظاهراً بازتابی از کاهش یا زوال کنشهای بهنجار است، و به صورت محدودیت در گستره و شدت بیان هیجانی (بی تفاوتی عاطفی)<sup>۵</sup>، محدودیت در سیالی و بارآوری تفکر و گفتار (فقدان تکلم)<sup>۶</sup>، و محدود شدن اقدام به رفتار هدفمند (بی ارادگی)<sup>۷</sup> جلوه‌گر می‌شوند (DSM-IV، ۱۹۹۴).

اسکیزوفرنی پارانویید یکی از انواع فرعی اسکیزوفرنی است که با وجود هذیانها یا توهمهای شنوایی بارز توأم با حفظ نسبی کنش شناختی و عاطفی مشخص می‌شود. در این نوع اسکیزوفرنی هذیانها معمولاً به‌گزند و آسیب<sup>۸</sup> یا خودبزرگ‌بینی<sup>۹</sup> یا هر دو مربوطند، اما هذیانهایی با محتواهای متفاوت نظیر انتساب<sup>۱۰</sup>، حسادت<sup>۱۱</sup>، مذهبی<sup>۱۲</sup>، یا جسمانی نیز ممکن است روی دهند. در

1. Dysfunction

3. Psychotic dimension

5. Affective flattening

7. Avolition

9. Grandeur

11. Jealousy

2. Behavioral monitoring

4. Disorganization dimension

6. Alogia

8. Persecution

10. Reference

12. Religious

هذیانهای گزند و آسیب شخص معتقد است مورد اذیت و آزار، تعقیب، جاسوسی، توطئه یا تمسخر قرار دارد. در هذیانهای انتساب شخص برای این باور است که حرکات و اشارات خاص، اظهارات، عبارتهایی از کتابها، روزنامه‌ها، قطعه‌های شعر، یا سایر نشانه‌های محیطی اختصاصاً او را مورد خطاب قرار می‌دهند. در این نوع اسکیزوفرنی گرچه هذیانها متعددند، ولی معمولاً حول یک موضوع یکپارچه شکل می‌گیرند و توهمها نیز معمولاً با محتوای موضوع هذیانی رابطه دارند. خصوصیات همراه با این اختلال شامل اضطراب، خشم، کناره‌گیری، و مشاجره‌جویی است. چنین فردی ممکن است در تعامل با دیگران شیوه‌ای برتری طلبانه و تحکم‌آمیز و یا یک شیوه سلسله‌مراتبی، رسمی یا به‌شدت افراطی در پیش گیرد. موضوعهای گزند و آسیب ممکن است زمینه رفتار انتحاری را فراهم کند، و ترکیب هذیانهای گزند و آسیب و خودبزرگ‌بینی با خشم ممکن است فرد را برای اعمال خشونت بار آماده کند (کاپلن، سادوک، جرب، ۱۹۹۴).

با توجه به مشکلاتی که ممکن است بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پارانویید با داشتن یک چنین نظام اعتقادی هذیانی برای خود و اطرافیان به‌بار آورند، پژوهشگران مختلف از دیرباز همواره در جستجوی روشهای درمانگری کارآمد بوده‌اند و براساس چشم اندازهای خود از روشهای متفاوتی برای درمان هذیانها سود جسته‌اند.

در قلمرو تبیینهای یادگیری، رفتاری نگرها عقیده دارند هر رفتاری خواه سازش یافته یا سازش نیافته تحت تأثیر اصول شرطی‌شدگی کلاسیک و کنشی ابزار یادگرفته شده‌اند؛ و صرفنظر از مکانیزم یادگیری فقط دو نوع رفتار نابهنجار وجود دارد. در یک سو رفتارهای نارسا هستند که بر اثر قصور و ناتوانی در یادگیری پدید آمده‌اند، و در سوی دیگر رفتارهای سازش نیافته قرار دارند که در نتیجه فراگیری پاسخهای بد و نامناسب به‌وجود آمده‌اند (ثورپ، و اولسون، ۱۹۹۰).

عده‌ای از پژوهشگران با استناد به تبیینهای رفتاری نگرها سعی کرده‌اند با بهره‌گیری از فنون رفتار درمانگری هذیانهای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را درمان کنند. به‌عنوان مثال لیبرمن و همکاران (۱۹۷۳) اثر «ارائه تقویت اجتماعی وابسته

به صحبت منطقی»<sup>۱</sup> را در چهار بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی پارانویید با استفاده از طرح چندپایه تک‌آزمودنیها<sup>۲</sup> مورد بررسی قرار دادند. اطلاعات به دست آمده از این آزمایش نشان داد که با به کارگیری تقویت اجتماعی، مقدار صحبت منطقی بیمار به طور معنی داری افزایش می‌یابد.

وینکز<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۸۲) نیز در یک طرح آزمایشی تک‌موردی برای مقایسه کارآمدی فنون رفتار درمانگری تأثیر پسخوراند<sup>۴</sup> و تقویت با ژتون اقتصادی<sup>۵</sup> را بر رفتار کلامی بیماران هذیانی با استفاده از طرح A-B-A-C-A-A مورد بررسی قرار دادند. تحلیل نتایج نشان داد که درصد صحبت‌های هذیانی در جلسات انفرادی و در محیط بیمارستان در تمام دوره‌های خط پایه (A) تفاوت اساسی با دوره پسخوراند (B) ندارد که نشان‌دهنده بی اثر بودن متغیر پسخوراند بود. در حالی که اقتصاد ژتونی (C)، و پرداخت ژتونهای اضافی (C) - در ازاء صحبت‌های هذیانی کمتر از ۱۰ درصد در دوره‌های تعیین شده - به ترتیب درصد صحبت‌های هذیانی را در جلسات انفرادی و بیمارستان کنترل کرد.

در پژوهش دیگری لامونتگن<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹۸۳) در یک مطالعه کنترل شده پیش‌آزمایشی<sup>۷</sup> کارآمدی توقف فکر<sup>۸</sup> را در مورد هذیانهای گزند و آسیب و توهمات شنوایی ۲۰ بیمار اسکیزوفرنی مزمن که به طور تصادفی به گروه توقف فکر به اضافه فنوتیازین<sup>۹</sup> و یا به گروه فنوتیازین به تنهایی اختصاص یافته بودند، مورد ارزیابی قرار دادند. اندازه‌گیری‌های روانشناختی قبل و بعد از درمان و در مدت ۱، ۳، و ۶ ماه پیگیری، تفاوت‌های معنی داری را به سود روش توقف فکر در کاهش هذیانها و توهمات نشان داد.

در قلمرو تبیین‌های زیست‌شناختی و فرضیه فعالیت دوپامینرژیک<sup>۱۰</sup>، کوپر، و سامی<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۴) در یک مطالعه تک‌موردی، موفقیت دار و درمانگری را در مورد

1. Social reinforcement Contingency on rational speech
2. Multiple baseline across subjects
3. Wincze, J. P.
4. Feedback
5. Token economy
6. Lamontagne, Y.A.
7. A Pilot controlled study
8. Thought stopping
9. Phenothiazine
10. Dopaminergic
11. Swamy, G.N.

یک مرد ۳۳ ساله مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید که به خاطر هذیانهای مذهبی و گناه جنسی خود را اخته کرده بود، گزارش می‌کنند. این محققان در خلال ۱۲ هفته‌ای که بیمار در بیمارستان بستری بود با تجویز فنوتیازینها و تزریق تستسترون<sup>۱</sup>، و اندازه‌گیریهای قبل و بعد از درمان، و همچنین تنظیم فنوتیازینها و تزریق ماهانه تستسترون در مدت یک سال پیگیری پس از درمان، دریافتند رفتارهای جنسی بیمار در راستای افزایش سطوح تستسترون خونش، و کاهش آسیب‌شناسی روانی و هذیانهای مذهبی و جنسی‌اش، افزایش می‌یابد، و بیمار را قادر می‌سازد از فعالیتهای بهنجار با جنس مخالف با وجود تعصب مذهبی فوق‌العاده‌اش بدون احساس گناه لذت ببرد.

کاشکا<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۱) نیز تأثیر دارو درمانگری را بر هذیانهای ۱۲ بیمار بستری در بیمارستان که براساس معیارهای تشخیصی DSM-III-R<sup>۳</sup> بیماری آنها اختلال هذیانی (پارانوئید) تشخیص داده شده بود، مورد ارزیابی قرار دادند. این پژوهشگران پس از محاسبه نمره اختلال بیماران با استفاده از مقیاس درجه‌بندی مختصر روانپزشکی (BPRS)<sup>۴</sup> در ابتدا و انتهای درمان، به همه آزمودنیها روزانه ۴ میلی‌گرم پی‌موزاید<sup>۵</sup> و در صورتی که نمره اختلال آنها ۴ و بالاتر بود علاوه بر آن ۱۰۰ میلی‌گرم آمی‌تریپتیلین<sup>۶</sup> دادند، و هفته‌ای ۲ بار نیز آنها را در جلسات کاردرمانی و ورزشی شرکت دادند. نتایج نشان داد این درمان در مورد ۳ نفر از بیماران بی تأثیر بوده است.

در مطالعاتی که در سالهای اخیر انجام شده‌اند تمرکز بیش از حد بر دارو درمانگری یا رفتار درمانگری در درمان بیماران اسکیزوفرنی مورد انتقاد قرار گرفته و بر تألیفی از روشهای درمانگری به‌طور منسجم تأکید شده است. به‌عنوان مثال، لیبرمن و همکاران (۱۹۹۴) آسیب‌شناسی روانی و ناتوانیهای وابسته به آن را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که فقط تا حدودی به دارودرمانگری و روی آوردهای درمانگری روانی - اجتماعی پاسخ می‌دهند، مورد بحث قرار داده، و با گزارش یک

1. Testosterone

2. Kaschka, W.p.

3. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders-III- Revised (DSM-III-R)

4. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

5. Pimozide

6. Amitriptyline

مطالعه موردی در خصوص یک مرد ۲۹ ساله‌ای که مدت ۸ سال از بیماری اسکیزوفرنی پارانوئید در رنج بوده است، درمانگری زیستی رفتاری (BBT)<sup>۱</sup> را پیشنهاد می‌کنند. این مؤلفان معتقدند روش BBT با به‌کارگیری ارزیابی رفتاری، اصول یادگیری اجتماعی و آموزش مهارتها، اثرات دارودرمانگری را تشدید می‌کند؛ و با کشف و درمان زودرس علائم اسکیزوفرنی، ایجاد همکاری بین بیماران و مراقبان آنها در اداره درمان، آموزش خانواده و مهارتهای اجتماعی، و آموزش مهارتهای مقابله‌ای از عود علائم جلوگیری نموده، کنش‌وری اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود می‌بخشد.

با توجه به نتایج پژوهشهایی که ذکر شدند، در مطالعه حاضر نیز با طرح‌ریزی و اجرای یک مطالعه تک‌موردی از روش «اداره شرایط تقویت»<sup>۲</sup> (C.M) که از لحاظ نظری از نظریه رفتاری‌نگرها مشتق شده است، سود جست‌ایم تا به بررسی این مطلب پردازیم که آیا این روش می‌تواند با کاهش صحبت‌های هذیانی یک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید مقدار صحبت‌های منطقی او را افزایش دهد؟

## روش

### (۱) انتخاب بیمار

با در نظر گرفتن تشخیص روانپزشک، معیارهای تشخیصی DSM-IV، مطالعه پرونده، مشاهده، مصاحبه بالینی، آزمونهای روانشناختی (ریون، بندرگشتالت)، و بررسی نوار مغزی؛ خانم «میترا - ف» که ماه قبل در بیمارستان روزبه بستری شده بود و هذیانها (گزند و آسیب، خودبزرگ‌بینی، تأثیر، عجیب و غریب<sup>۳</sup>، گناه، جسمی، نفی وجود<sup>۴</sup>، تزیق فکر<sup>۵</sup>، بیرون کشیدن فکر<sup>۶</sup>، پخش افکار) و توهمات (شنوایی، بینایی، چشایی) کاملاً بارز و شدیدی داشت برای اجرای طرح مناسب تشخیص داده شد و انتخاب گردید.

آزمودنی دختری لاغراندام، ۲۴ ساله، متولد و ساکن تهران و اولین فرزند از هفت

1. Biobehavioral therapy  
3. Bezzar  
5. Insertion

2. Contingency Management (C.M)  
4. Nihilistic  
6. Withdrawal

فرزند خانواده است که چند سال پیش به علت اسارت پدرش، وضع بد اقتصادی، عاطفی و اجتماعی خانواده، در سال چهارم نظری رشته اقتصاد مجبور به ترک تحصیل شده بود. بیماری خانم «ف» از سال گذشته پس از تولد یک فرزند نامشروع و طرد از سوی خانواده اش ابتدا با گوشه گیری شدید، حرف زدن با خود و افراد خیالی و تغییر زمان خواب آغاز شده بود و سپس با پرخاشگری، داد و فریاد، شکستن شیشه ها، واژگون کردن چراغ و سوزاندن موکت و پتویش ادامه یافته بود.

## ۲) متغیرها

الف: متغیر مستقل: متغیر مستقل این پژوهش «اداره شرایط تقویت» از طریق ارائه ژتون وابسته یا غیروابسته به صحبت های غیرهذیانی بیمار براساس مراحل پژوهش بود.

ب: متغیر وابسته: صحبت های غیرهذیانی و منطقی بیمار متغیر وابسته پژوهش بود.

ج: متغیر کنترل: ثابت نگهداشتن مقدار داروها در طول مدت اجرای طرح پژوهش و مرحله پیگیری بود.

## ۳) ابزار

ابزار پژوهش کرونومتر بود که برای اندازه گیری دقایق صحبت های غیرهذیانی بیمار در جلسات مصاحبه از آن استفاده شد.

## ۴) طرح تحقیق و روش آماری

طرح این پژوهش از نوع طرح های آزمایشی برگشتی ABAB تک آزمودنی است. در این نوع آزمایشها یک فرد هم نقش آزمودنی آزمایش و هم آزمودنی گواه را ایفا می کند. از مراحل چهارگانه دو مرحله اول و سوم مربوط به مرحله A است که در طی آن متغیر وابسته در شرایط طبیعی و بدون دخالت متغیر مستقل برای مدت تعیین شده مورد مشاهده قرار می گیرد. مراحل دوم و چهارم مربوط به مرحله B یا مرحله آزمایشی است که در آن متغیر مستقل به کار گرفته می شود و تأثیر آن بر متغیر

وابسته مشاهده و تعیین می‌گردد. اگر با افزودن و کنار گذاردن متغیر مستقل در مراحل دوم و چهارم، تغییرات مطلوب در متغیر وابسته ایجاد و بعد از بین برود می‌توان نتیجه گرفت که عامل ایجاد تغییر در متغیر وابسته همان متغیر مستقل است (هرسن، و بارلو، ۱۹۷۶).

روش آماری مورد استفاده در این پژوهش محاسبه درصد روزانه دقایق صحبت‌های غیرهذیانی بیمار و محاسبه میانگین این صحبت‌ها در هر یک از مراحل پژوهش و مرحله پیگیری و رسم نمودارهای مربوط به آنها بوده است.

#### (۵) شیوه اجرا

در مرحله اول (A) که مربوط به تعیین سطح پایه رفتار بود، و در مرحله سوم (A) که مربوط به بازگشت به مرحله اول بود، بیمار به مدت ۵ روز، روزی نیم ساعت در یکی از اتاق‌های بیمارستان روزیه که برای اجرای این پژوهش در نظر گرفته شده بود، مورد مصاحبه قرار گرفت. در ابتدای هر جلسه، براساس طرحی که دقیقاً از پیش مشخص شده بود، توضیحات کلیدی به بیمار ارائه شد و به فاصله هر ۵ دقیقه یک ژتون غیروابسته<sup>۱</sup> به رفتار مورد نظر به او داده می‌شد. فهرستی از موضوعات مناسب برای مصاحبه تهیه شده بود که در صورت لزوم از آنها برای حفظ جریان مصاحبه استفاده می‌شد. در طی جلسات نیم ساعته روزانه هر زمان که صحبت‌های بیمار غیرهذیانی بود کرنومتر مخفیانه به کار می‌افتاد و به محض آغاز صحبت‌های هذیانی، کرنومتر متوقف می‌گردید. بدین ترتیب میزان صحبت‌های غیرهذیانی بیمار در هر نشست به دست می‌آمد. چون نظام بیمارستان روزیه براساس اقتصاد ژتونی نبود، در پایان هر جلسه ژتون‌هایی که بیمار دریافت کرده بود با پول عوض می‌شد تا ژتونها برای بیمار جنبه تقویت پیدا کند.

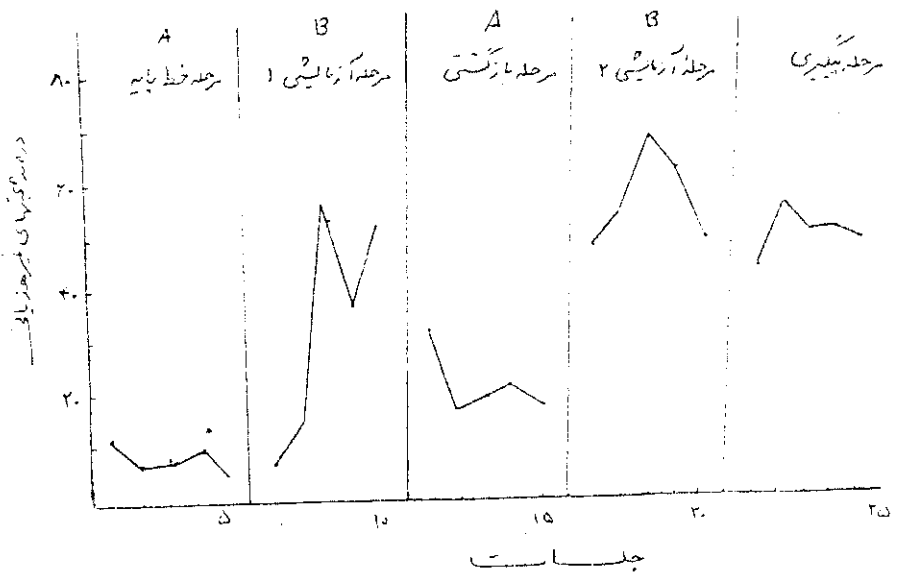
پس از پایان مرحله اول، مرحله دوم (B) آغاز شد. در مرحله دوم که مربوط به مرحله آزمایشی بود، و در مرحله چهارم (B) که مربوط به بازگشت به مرحله دوم بود نیز بیمار به مدت ۵ روز در هر مرحله، روزی نیم ساعت مورد مصاحبه قرار گرفت. تفاوت‌های اصلی مراحل آزمایشی (۲ و ۴) با مراحل سطح پایه رفتار (۱ و ۳)



فقط در دو نکته بود: یکی اینکه دریافت ژتون توسط بیمار در این مرحله وابسته<sup>۱</sup> به صحبت‌های غیرهذیانی به مدت ۵ دقیقه برای هر ژتون بود، و دیگر اینکه تعدادی ژتون در اختیار پرستار بیمار گذاشته شد تا در صورت مشاهده صحبت‌های غیرهذیانی بیمار، یا هر نشانه‌ای از رفتار منطقی در بیمار به او بدهد.

دوره پیگیری طبق طرح پژوهش یک ماه بعد از پایان مرحله چهارم آغاز شد. در این مرحله نیز به منظور بررسی وضع رفتار تغییر یافته در شرایط طبیعی غیرآزمایشی، ۵ روز به مدت نیم ساعت میزان صحبت‌های غیرهذیانی بیمار به وسیله کرنومتر اندازه‌گیری شد.

داده‌های ثبت شده در ۴ مرحله و مرحله پیگیری در جدول ۱ و ۲ منعکس و در نمودار ۱ و ۲ به تصویر کشیده شده است.



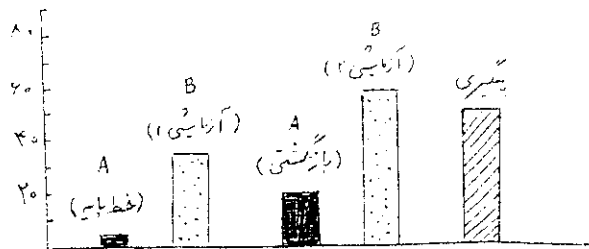
نمودار ۱. صحبت‌های غیرهذیانی در روزهای خط پایه، درمان، و پیگیری

جدول ۱. دقایق و درصد صحبت‌های غیرهذیانی و تعداد ژتونهای دریافت شده توسط بیمار در ۴ مرحله پژوهش و پیگیری

مرحله	روزها	دقایق صحبت‌های غیرهذیانی	درصد صحبت‌های غیرهذیانی	تعداد ژتون‌هایی که در جلسه به بیمار داده شد	تعداد ژتون‌هایی که پرستار به بیمار داد
A خط پایه	۱	۳/۲۹°	۱۱/۶	۶	—
	۲	۱/۳۳°	۵/۲	۶	—
	۳	۱/۳۷°	۵/۴	۶	—
	۴	۲/۱۱°	۷/۳	۶	—
	۵	۱/۲۷°	۴/۸	جمعاً ۳۶ ژتون	—
B درمان	۶	۱/۳۹°	۵/۵	—	—
	۷	۳/۵۹°	۱۳/۳	—	—
	۸	۱۶/۲۶°	۵۴/۸	۳	—
	۹	۱۰/۴۲°	۳۵/۷	۲	۱
	۱۰	۱۵/۱۵°	۵۰/۸	جمعاً ۸۳ ژتون	جمعاً ۳۲ ژتون
A خط پایه	۱۱	۹/۳۱°	۳۱/۷	۶	—
	۱۲	۴/۱۱°	۱۳/۹	۶	—
	۱۳	۵/۱۰°	۱۷/۲	۶	—
	۱۴	۵/۲۲°	۱۷/۹	۶	—
	۱۵	۴/۳۶°	۱۵/۳	جمعاً ۳۰۶ ژتون	—
B درمان	۱۶	۱۳/۵۶°	۴۶/۴	۲	—
	۱۷	۱۶/۲۴°	۵۴/۷	۳	۱
	۱۸	۲۰/۵۰°	۶۹/۴	۴	—
	۱۹	۱۸/۴۷°	۶۲/۹	۳	۳
	۲۰	۱۴/۳۸°	۴۸/۸	۲	جمعاً ۶۲ ژتون
پیگیری	۲۱	۱۲/۵۷°	۴۳/۲	—	—
	۲۲	۱۶/۳۳°	۵۵/۱	—	—
	۲۳	۱۵/۱۰°	۵۰/۶	—	—
	۲۴	۱۵/۱۲°	۵۰/۷	—	—
	۲۵	۱۴/۳۷°	۴۸/۷	—	—

جدول ۲ میانگین دقایق و درصدی، حداقل و حداکثر زمان صحبت‌های غیرهذیانی بیمار در ۴ مرحله و مرحله پیگیری

مرحله	میانگین صحبت‌های غیرهذیانی	تفاوت میانگینها	میانگین درصدی	حداقل زمان صحبت‌های غیرهذیانی	حداکثر زمان صحبت‌های غیرهذیانی
A	۳/۳۰	۷/۳۳	۶/۹	۱/۲۷	۳/۲۹
B	۹/۳۶		۳۲	۱/۳۹	۱۶/۲۶
A	۵/۴۶	۱۱/۹	۱۹/۲	۴/۱۱	۹/۳۱
B	۱۶/۵۵		۵۶/۴	۱۳/۵۶	۲۰/۵۰
پیگیری	۱۴/۵۴		۴۹/۶	۱۲/۵۷	۱۶/۳۲



نمودار ۲ میانگین درصدی صحبت‌های غیرهذیانی بیمار در ۴ مرحله و مرحله پیگیری

## نتایج

همانطور که جدول و نمودار ۱ و ۲ نشان می‌دهند در مرحله خط پایه (A) چون هر ژتون به فاصله هر ۵ دقیقه در جلسات نیم ساعته روزانه بدون توجه به رفتار مورد نظر پرداخت می‌شد (جمعاً ۳۰ ژتون) افزایشی در دقایق صحبت‌های غیرهذیانی بیمار ایجاد نشده است. مقایسه میانگین (۹/۳۶) و میانگین درصدی (۳۲) صحبت‌های غیرهذیانی مرحله آزمایشی ۱ (B) با میانگین (۲/۳) و میانگین درصدی (۶/۹) مرحله خط پایه (A) این نکته را برجسته می‌سازد که با به کارگیری روش اداره شرایط تقویت، چون پرداخت هر ژتون به بیمار منوط به صحبت‌های غیرهذیانی به مدت ۵ دقیقه بوده است، افزایش محسوسی در دقایق صحبت‌های غیرهذیانی بیمار در مقایسه با روزهای خط پایه ایجاد شده است؛ بیمار توانسته است در مرحله آزمایشی ۱ جمعاً ۸ ژتون در جلسه درمان و ۳ ژتون در محیط بیمارستان وابسته به رفتار مطلوب دریافت کند. با آغاز مرحله بازگشتی A، با کنار گذاشتن متغیر مستقل یعنی پرداخت ۶ ژتون در هر روز به بیمار بدون توجه به رفتار مطلوب، افت محسوسی در میانگین (۵/۴۶) و میانگین درصدی (۱۹/۲) مرحله بازگشتی نسبت به میانگین (۹/۳۶) و میانگین درصدی (۳۲) مرحله آزمایشی ۱ (B) به چشم می‌خورد بنابراین می‌توان تغییرات متغیر وابسته (صحبت‌های درست) را به متغیر مستقل (اداره شرایط تقویت) نسبت داد که با افزودن و کنار گذاردن آن تغییرات مطلوب در متغیر وابسته ایجاد شده و بعد کاهش یافته است. در مرحله آزمایشی ۲ (B) با برقراری مجدد «اداره شرایط تقویت» و پرداخت ژتون وابسته به رفتار مورد نظر بیمار توانست جمعاً ۱۴ ژتون در جلسه و ۶ ژتون از پرستارش دریافت کند. صحبت‌های غیرهذیانی این مرحله در مقایسه با مرحله بازگشتی از ۱۹/۲ درصد به ۵۶/۴ درصد افزایش یافت، و همانگونه که میانگین درصدی مرحله پیگیری (۴۹/۶) نشان می‌دهد در سطح نسبتاً بالایی باقی ماند.

## بحث و نتیجه‌گیری

پرداخت ژتون بدون توجه به رفتار مطلوب در مرحله خط پایه A به عنوان نیرویی عمل کرد که بیمار را - بیمار فردی بسیاری مظنون، بی حوصله، درون نگر،

گوشه گیر و بی علاقه به ارتباط اجتماعی بود. در ۳ روز اول با اکراه به جلسات می آمد و در سراسر جلسه اظهار بی علاقه می کرد. پاسخهایش یک سیلابی و کوتاه بود، و دائماً تقاضای مرخص شدن از بیمار را داشت - واداشت که در جلسه مصاحبه شرکت کند. شرکت در جلسات به تدریج او را علاقه مند به انجام خود مصاحبه نمود و زمانی که ارتباط فردی بیمار با درمانگر بهبود یافت، بی حوصلگی، انزواطلبی و سوءظن بیمار کاسته شد. در مراحل آزمایشی ۱ و ۲ (B)، روش «اداره شرایط تقویت» یعنی پرداخت ژتون از سوی درمانگر و پرستار به شرط مشاهده رفتار مطلوب، عاملی بود که بیمار را واداشت بیندیشد چه صحبتها و رفتاری موجب دریافت ژتون می گردد، و به رغم میل باطنی خود درباره هذیانهایش صحبت نکند. بیمار در این مراحل براساس شرطی شدگی عامل (کانفر، و گلدشتاین، ۱۹۸۰) یاد گرفت به موارد دیگری که مغایر با هذیانهایش (نظام اعتقادی اش) نیست بیندیشد و درباره موضوعهای غیرهذیانی صحبت کند، و برای دریافت ژتونها بیشتر، صحبتهای غیرهذیانی را افزایش دهد. افزون بر این بیمار برای دریافت ژتون از پرستارش در مراحل آزمایشی ۱ و ۲، ترغیب شد با کارکنان و بیماران دیگر در بیمارستان ارتباط مناسبی برخلاف روال گذشته برقرار نماید. مجموعه این عوامل باعث شد بعد از درمان نیز بیمار رفتار مناسبی در پیش گیرد و رضایت پرستاران را فراهم نماید. رضایت و برخورد خوب پرستاران و سایرین با بیمار به نوبه خود به عنوان تقویت اجتماعی ثانوی عمل کرد و رفتار مطلوب و ارتباطهای اجتماعی مناسب بیمار را در شرایط غیر آزمایشی (پیگیری) حفظ کرد.

بنابراین با همخوان بودن نتایج حاصل از این تک بررسی با نتایج پژوهش لیبرمن و همکاران (۱۹۷۳)؛ وینکز و همکاران (۱۹۸۲)؛ پیشکین، و لووالو (۱۹۸۶)؛ و با مطالعات اخیر لیبرمن و همکاران (۱۹۹۴)، می توان نتیجه گرفت روش «اداره شرایط تقویت» با تشدید اثرات دارو درمانگری مناسب و با ایجاد همکاری بین بیمار با درمانگر و یا مراقبانش در اداره درمان، کنش وری اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پارانویید را از طریق کاهش صحبتهای غیرهذیانی بهبود می بخشد.

## منابع

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition). Washinton, APA.
- Cooper, A.J. & Swamy, G.N. (1994). The effect of testosterone on Psychopathology and sexual function in a Paranoid schizophrenic Self - Castrate. Canadian Journal of Psychiatry, Sep. Vol. 39 (7), 439-438.
- Hersen, M. & Barlow, D.H. (1976). Single Case experimental designs. New-York, Inc.
- Kanfer, F.H. & Goldstein, A.P. (1980). Helping People change. NewYork, Pergamon Press, Inc.
- Kaplan, H.L, Sadock, B.J. & Greb, J.A. (1994). Synopsis of psychiatry behavioral: Sciences clinical psychiatry. William. & Wilkins 428 East Preston street. Baltimore. Maryland 21202, USA.
- Kaschka, W.P, Negele, A.J & Joraschky, P. (1991). Treatment outcome in Patients with delusional (Paranoid) disorder European Journal of Psychiatry. Vol 5(4), 240-253.
- Lamontagne, Y.A. & Elie, R. (1983). Thought stopping for delusiens and hallucnations: A Pilot study. Behavioural Psychotherapy, Vol. 11,177-184.
- Lieberman, R.P., Teigen, J., Patterson, R. & Baker, V (1973). Reducing delusional speech in chronic Paranoid schizophrenics. Journal of Applied Behavior Analysis, Vol. 6, 57-64.
- Lieberman, R.P., Kopelowicz, A & Young , A.S (1994). Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. Behavior Therapy. vol. 25(p) 89-107
- Pishkin, V. & Lovallow, W(1986). Thought disorder and schizophrenia:

Isolating and timing a mental event. Journal of clinical psychology, Vol. 42(3), 417-424.

Thorpe, G.L., & Olson, S . (1990). Behavior Therapy: Concepts, Procedures, and Applications. Allyn and Bocon. Adivision of simon & Schuster. 160 Gould street, Needham Hights, MA 02194.

Wincze, J.P., Leitenberg, H. & Agras, W.S. (1982). the effects of token reinforcement and feedback on the delusional verbal behavior of chronic paranoid schizophrenics. Journal of clinical psychology, vol. 2, 47-61.