

اثربخشی درمان گروهی ترمیم شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با سیر طولی

دکتر ندا علی بیگی^۱، دکتر پروانه محمدخانی^۲، دکتر ربابه مزینانی^۳، دکتر بهروز دولتشاهی^۴

The efficacy of Group Cognitive-Remediation Therapy for Patients with Schizophrenia with Longitudinal Course

Neda Ali beigi*, Parvaneh Mohammadkhani^a, Robabeh Mazinani^b, Behrooz Dolatshahi^c

Abstract

Objectives: The present research investigates the efficacy of Group Cognitive-Remediation Therapy (GCRT) in decreasing clinical symptoms and enhancing cognitive performance among patients with schizophrenia. **Method:** Forty subjects were randomly selected from inpatients with at Razi Psychiatry Schizophrenia Hospital, and were assigned to one experimental and one control group, each one comprising 20 subjects. Both groups received drug therapy, and the experimental group received 16 sessions of GCRT in addition. Subjects were examined before, during and after intervention, using measures for assessing positive and negative symptoms, neuro-behavioral and cognitive examination, and nurse observation. Data were analyzed using multivariate repeated measures.

Results: GCRT had decreased positive and negative symptoms in patients in the experimental group, and enhanced their cognitive performance. However, it had no effect on behavioral performance. **Conclusion:** Treatment of patients with schizophrenia requires a multifaceted program, which takes cognitive disorders into consideration. GCRT, which is based upon the Iranian socio-cultural situation, could be effective for improving cognitive disorders and decreasing clinical symptoms.

Key words: schizophrenia; group cognitive-remediation therapy; negative symptoms; positive symptoms; cognitive performance; behavioral performance

[Received: 27 June 2009; Accepted: 21 April 2010]

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ترمیم شناختی در کاهش نشانه‌های بالینی و بهبود کارایی شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شد. **روش:** از جامعه آماری (تمامی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بستری در مرکز آموزشی-درمانی روانپزشکی رازی شهر تهران) ۴۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری (گروه آزمایش و کنترل) جای گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۶ جلسه درمان ترمیم شناختی دریافت کرد. هر دو گروه درمان دارویی نیز داشتند. آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش، میانه و پس از مداخله به وسیله مقیاس‌های سنجش نشانه‌های مثبت، سنجش نشانه‌های منفی، معاینه وضعیت عصبی-رفتاری شناختی و مشاهده پرستاری برای ارزیابی بیمار بستری ارزیابی شدند. داده‌ها به روش اندازه‌گیری‌های مکرر چند متغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: برنامه ترمیم شناختی، نشانه‌های منفی ($p \leq 0/001$) و مثبت ($p \leq 0/05$) بیماران گروه آزمایشی را کاهش و کارایی شناختی ($p \leq 0/05$) آنان را افزایش داد، ولی بر کارایی رفتاری آنان تأثیری نداشت. **نتیجه‌گیری:** درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به یک برنامه همه‌جانبه درمانی نیاز دارد که نارسایی‌های شناختی را در نظر گیرد. درمان ترمیم شناختی که مبتنی بر شرایط فرهنگی-اجتماعی ایران است، می‌تواند در بهبود نارسایی‌های شناختی و کاهش نشانه‌های بیماری نقش مؤثر داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: اسکیزوفرنیا؛ درمان ترمیم شناختی؛ نارسایی شناختی؛ نشانه‌های مثبت؛ نشانه‌های منفی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۴/۶؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۲/۱]

^۱ دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، اوین، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. دورنگار: ۰۲۱-۳۳۴۰۱۶۰۴ (نویسنده مسئول) E-mail: nedapsych@yahoo.com ^۲ دکترای روانشناسی بالینی، استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ^۳ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ^۴ دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

* Corresponding author: PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of University of Social Wafer and Rehabilitation Sciences, Daneshju Blvd., Evin, Tehran, Iran, IR. Fax: +982133401604. E-mail: nedapsych@yahoo.com; ^a PhD. in Psychology, Professor of University of Social Wafer and Rehabilitation Sciences; ^b Psychiatrist, Associate Prof. of University of Social Wafer and Rehabilitation Sciences; ^c PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of University of Social Wafer and Rehabilitation Sciences.

مقدمه

حدی نارسایی شناختی را جبران نماید (بلاک^۱)، (۲۰۰۱). به منظور فایق آمدن بر این محدودیت‌ها، درمان جدید ترمیم شناختی^۲ به وجود آمد، که هدف آن بهبود کارایی شناخت است. ترمیم شناختی دربرگیرنده مداخله‌های شناختی درمانگر یا برنامه‌های رایانه‌ای است. شواهدی به سود کارایی بیشتر درمان به وسیله ارتباط رو در رو وجود دارد (اسپالدینگ و همکاران، ۲۰۰۳).

ویکز، ریدر و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند درمان ترمیم شناختی بهبود درازمدت حافظه فعال^۳ و انعطاف‌پذیری شناختی^۴ را به دنبال دارد و بهبود حافظه به بهبود کارایی اجتماعی می‌انجامد. پنادس^۵ و همکاران (۲۰۰۶) ۴۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن را بر پایه ملاک‌های DSM-IV^۶ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) به طور تصادفی در دو گروه درمان ترمیم شناختی و شناختی- رفتاری جای دادند. یافته‌ها نشان داد درمان ترمیم شناختی بهبود کارایی در تمام زمینه‌های عصب شناختی (اندازه اثر = ۰/۵)، کارایی اجرایی، حافظه کلامی و غیر کلامی و درمان شناختی- رفتاری بهبود کلی نشانه‌ها (کاهش اضطراب و افسردگی) را به دنبال دارد. به بیان دیگر گروه درمان شناختی- رفتاری تنها بهبود جزئی در کارایی شناختی (حافظه فعال) نشان دادند، در حالی که بیماران گروه ترمیم شناختی، در کارایی اجتماعی نیز بهبود معنی‌داری داشتند. دولتشاهی (۲۰۰۴) نیز نشان داد درمان ترمیم شناختی نارسایی‌های شناختی توجه، حافظه و کارایی اجرایی بیماران، هم چنین نشانه‌های منفی را کاهش می‌دهد، ولی در نشانه‌های مثبت تغییری ایجاد نمی‌کند.

در بیشتر بررسی‌های انجام‌شده از برنامه‌های رایانه‌ای درمان ترمیم شناختی استفاده شده است. در این برنامه‌های انفرادی رایانه‌ای افزون بر نیاز بیشتر به زمان، تعداد کمتری از

اسکیزوفرنیا یکی از شایع‌ترین اختلال‌های شدید روانی است که با آشفتگی در محتوای فکر، فرم فکر، ادراک، عاطفه، درک خود، انگیزش، رفتار و کارایی میان‌فردی همراه است (هالجن^۱ و ویتبورن^۲، ۲۰۱۰). برپایه الگوهای آسیب‌پذیری، اسکیزوفرنیا تنها یک علت ندارد و با وجود درمان‌های گوناگون زیستی و روان‌شناختی، تنها درصد کوچکی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به طور کامل بهبود یافته، بیشتر آنان تا آخر عمر گرفتار نشانه‌ها و مشکلات روانی باقی می‌مانند (سادوک^۳ و سادوک^۴، ۲۰۰۵). شواهد قانع‌کننده‌ای در مورد نقش دارودرمانی در برطرف کردن نشانه‌های آزاردهنده این اختلال وجود دارد؛ درمان با آنتی‌سایکوتیک^۴ در بسیاری موارد در تعدیل نشانه‌های مثبت و کاهش میزان بازگشت مؤثر است، ولی برخی بیماران به این درمان پاسخ نمی‌دهند. با وجود اثربخشی داروها، در نیمی از موارد، پیامد درمانی مطلوب نیست، حتی داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم نیز در این موارد چاره‌ساز نیستند. با وجود اثرات خارج هرمی^۵ کمتر این نسل از داروهای آنتی‌سایکوتیک و اثربخشی آنها در پیش‌گیری از برگشت بیماری، هم‌چنان ۳۰ تا ۴۰ درصد از مبتلایان به اسکیزوفرنیا از نشانه‌های پایدار آن رنج می‌برند (ترکینگتون^۶، کینگ‌دان^۷ و ویدن^۸، ۲۰۰۶). هم‌زمان باید توجه داشت که دارودرمانی این اختلال را درمان نکرده، فقط نشانه‌های آن را برطرف می‌کند. بنابراین درمان بالینی بیماران باید دربرگیرنده درمان‌های غیردارویی نیز باشد (هرتز^۹ و ماردرد^{۱۰}، ۲۰۰۲؛ سیدمن^{۱۱}، لانکا^{۱۲}، کرمن^{۱۳}، فاران^{۱۴} و تسانگ^{۱۵}، ۲۰۰۳).

نارسایی‌های شناختی، دسته‌ای از نشانه‌های همراه اسکیزوفرنیا هستند که هم‌زمان با نشانه‌های نخستین و حتی پیش از مرحله حاد شروع شده، در تمام دوره بیماری وجود دارند. این نارسایی‌ها در بیشتر موارد تا آخر عمر پایدار مانده، نشانه پیش‌آگهی بد هستند، به طوری که هر قدر بیمار نارسایی‌های شناختی بیشتری داشته باشد، پاسخ به درمان کمتر است (اسپالدینگ^{۱۶}، سالیوان^{۱۷} و پولاند^{۱۸}، ۲۰۰۳). بررسی‌های مقطعی و طولی نشان می‌دهد کارایی شناختی این بیماران افت کرده، در تمام مدت بیماری هم‌چنان ضعیف باقی می‌ماند. این نارسایی‌های شناختی، به‌ویژه نارسایی در حافظه، به پائین آمدن کارایی شغلی و اجتماعی می‌انجامد (ویکز^{۱۹}، ریدر^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۷). بررسی‌ها نشان داده‌اند تمرین می‌تواند تا

- | | |
|---|---------------------------|
| 1- Haljin | 2- Vitborne |
| 3- Sadock | 4- antipsychotic |
| 5- extrapyramidal | 6- Turkington |
| 7- Kingdon | 8- Weiden |
| 9- Hertz | 10- Marder |
| 11- Seidman | 12- Lanca |
| 13- Kremen | 14- Faraone |
| 15- Tsuang | 16- Spualding |
| 17- Sullivan | 18- Polland |
| 19- Wykes | 20- Reeder |
| 21- Bellack | |
| 22- Cognitive Remediation Therapy | |
| 23- working memory | 24- cognitive flexibility |
| 25- Penades | |
| 26- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th ed.) | |

(مصرف معمول سیگار ملاک خروج نبود)؛ دریافت شوک الکتریکی دست کم شش ماه پیش از پژوهش و یا در همان زمان.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

مقیاس سنجش نشانه‌های مثبت^۶ (SAPS) (اندریسن^۷، ۱۹۸۴، به نقل از اندریسن، ۱۹۹۵) ۳۵ گویه دارد که در یک پیوستار شش درجه‌ای [از صفر (نبود نشانه) تا پنج (حالت شدید نشانه)] پاسخ داده می‌شود. هرچه نمره فرد بیشتر باشد، نشانه‌های وی شدیدتر است. این مقیاس پنج دسته نشانه (توهم‌ها، هذیان‌ها، رفتارهای عجیب و غریب، اختلال کلی در تفکر و عاطفه نامتناسب) را می‌سنجد که در مقایسه با سایر ابزارهای مشابه، معتبر بوده، برای سنجش اثربخشی درمان در پژوهش‌های بالینی و پدیدارشناسی نشانه‌های اسکیزوفرنیا به کار می‌رود. هم‌سانی درونی^۸ نسخه فارسی این مقیاس ۰/۸۳، پایایی آزمون-بازآزمون^۹ ۰/۸۸ و پایایی ارزیابی‌ها^{۱۰} ۰/۸۷ گزارش شده است (یثربی، ۲۰۰۷).

مقیاس سنجش نشانه‌های منفی^{۱۱} (SANS) (اندریسن، ۱۹۸۹) ۲۴ گویه دارد که نشانه‌های منفی را در پنج دسته (سطحی شدن و کندی عاطفه، نبود تکلم، بی‌ارادگی - بی‌تفاوتی، ناتوانی در لذت بردن و اجتماعی نبودن) می‌سنجد. هم‌سانی درونی نسخه فارسی آن ۰/۹۴، پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۹۲ و پایایی ارزیابی‌ها ۰/۸۹ گزارش شده است (یثربی، ۲۰۰۷).

آزمون کانیستات^{۱۲} یا معاینه وضعیت عصبی-رفتاری شناختی^{۱۳} (NCSE) (رالرف^{۱۴}، کی‌من^{۱۵}، مولر^{۱۶} و لانگستون^{۱۷}، ۱۹۸۷، به نقل از کشاورزی‌ارشدی، ۲۰۰۰) برای معاینه وضعیت عصبی-رفتاری-شناختی بیماران طراحی شده، وضعیت شناختی را در هفت حوزه (زبان، حافظه، محاسبه عددی، توانایی ساختاری، جهت‌یابی، استدلال/

بیماران امکان استفاده از درمان را پیدا می‌کنند. از سوی دیگر بسیاری از بیماران گرفتار بستری شدن‌های مکرر هستند، بنابراین لازم است تا برنامه درمان به صورت فشرده^۱ طراحی، تا بیمار در مدت زمان کوتاهی از این شیوه درمانی بهره‌مند شود. هم‌چنین لازم است این برنامه هماهنگ با شرایط اجتماعی-فرهنگی ایران تغییر یابد. پژوهش حاضر با هدف دستیابی به روشی سریع و کوتاه‌مدت برای کاهش نشانه‌های نخستین اسکیزوفرنیا و توانمندسازی این بیماران در ایران اجرا شد.

روش

این پژوهش تجربی که با کد IRCT138901282511N5 در سایت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروهی انجام شد (این مقاله قسمتی از یک طرح پژوهشی با چهار سبک درمانی متفاوت است که در این‌جا اثربخشی درمان بازتوانی شناختی بررسی شده است). جامعه آماری، تمامی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بستری در مرکز آموزشی-درمانی روان‌پزشکی رازی شهر تهران بودند که از میان آنان ۴۲ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه بر پایه جدول کوهن^۲ (کوهن و مانیان^۳، ۱۹۹۲)، با در نظر گرفتن توان ۸۰ درصد، سطح اطمینان ۰/۰۵ و خطای ۰/۰۲، در هر گروه ۲۰ آزمودنی برآورد شد، که یک نفر نیز برای در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها به تعداد هر گروه اضافه شد. انتساب آزمودنی‌ها به دو گروه به صورت تصادفی انجام شد. هر دو گروه افزون بر درمان روان‌شناختی، درمان دارویی را نیز به صورت معمول دریافت می‌کردند.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: درج تشخیص قطعی اسکیزوفرنیا بر پایه DSM-IV-TR^۴ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) در پرونده بیمار و تأیید این تشخیص با مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID-I^۵ (محمدخانی، جهانی‌تابش و تمنایی‌فر، ۲۰۰۵)؛ سن ۲۵ تا ۵۰ سال؛ دست‌کم گذشت یک سال از شروع بیماری و بهبود نیافتن با وجود درمان دارویی؛ و داشتن دست‌کم تحصیلات ابتدایی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: قطعی شدن آسیب مغزی، دمانس و بیماری نورولوژیک خاص که نیاز به مراقبت ویژه داشته باشد؛ در فاز حاد بیماری اسکیزوفرنیا بودن؛ بروز عوارض جانبی جدی داروهای آنتی‌سایکوتیک به طوری که جدا از درمان‌های معمول، به درمان اختصاصی نیاز باشد؛ سوء‌مصرف، مسمومیت یا محرومیت از ماده مورد سوء‌مصرف

1- intensive
2- Cohen
3- Manion
4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4thed., Text Revision)
5- Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders
6- Scale for Assessment of Positive Symptoms
7- Andreasen
8- internal consistency
9- test-retest reliability
10- interrator reliability
11- Scale for Assessment of Negative Symptoms
12- Cognistat
13- Neurobehavioral Cognitive Status Examination
14- Ralph
15- Kiernan
16- Mueller
17- Longston

این برنامه توان بخشی بر توانایی های شناختی حافظه و اجزای آن، توجه و ابعاد توجه و کارایی اجرایی تمرکز دارد و دستورالعمل هر جلسه به طور کامل مشخص است. هر جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه است و به ترتیب این موارد بیان می شود: برقراری اتحاد درمانی^{۱۴}، آشنا کردن بیمار با برنامه توان بخشی و انجام تکالیف، تمرین های توجه دیداری- تصویری، توانایی گوش به زنگی و نگهداری توجه به محرک های شنیداری، بهبود حافظه شنیداری- دیداری و حافظه منطقی، تشخیص موقعیت^{۱۵}، توجه انتخابی و تمرین های پردازش توجه، تمرین حافظه عددی و یادگیری تداعی کلمه ها، تغییر توجه حافظه رویدادی^{۱۶} و گسترش شناختی، تصویرسازی زمانی و مکانی و یادآوری تجربه های گذشته اخیر و فوری، عملکرد اجرایی (زنجیره ذهنی طبقات)، آموزش برنامه پایش زمان^{۱۷}، حافظه حرکتی (دستورهای حرکتی تک تا چند مرحله ای)، فرافاصله، برنامه ریزی^{۱۸} و روش ناپدید شدن تدریجی نشانه های حافظه ای، طبقه بندی و تمایز گذاری، حل مسأله و زنجیره کردن فعالیت ها، آموزش خوددستوردهی در حل مسأله و تفکر با مدیریت اهداف^{۱۹} (GMT).

دو نفر به دلیل فوت و بازگشت نشانه ها از طرح خارج شدند. داده های گردآوری شده از دیگر آزمودنی ها با SPSS-11.5^{۲۰} و به روش اندازه گیری های مکرر چندمتغیری^{۲۱} برای بررسی تأثیر متغیر مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

از ۴۰ آزمودنی این پژوهش ۲۸ نفر مرد و ۱۲ نفر زن بودند. میانگین (و انحراف معیار) سن و ازمان آنان به ترتیب ۴۱/۷۰ (۸/۹۱) و ۷/۲۰ (۳) بود. ۵۵٪، ۲۰٪، ۱۵٪، ۱۰٪ آزمودنی ها به ترتیب تحصیلات ابتدایی، راهنمایی،

قضاوت و توانایی توجه و تمرکز) می سنجد و جزء ۲۰ آزمون پرکاربردی است که در آمریکا به طور گسترده برای ارزیابی نارسایی های عصب روان شناختی به کار می رود (رابین^۱، بار^۲ و بورتون^۳، ۲۰۰۵). آزمون برای افراد بالای ۱۲ سال به کار رفته، اجرای آن حدود ۲۰ دقیقه زمان می برد. رابین و همکاران (۲۰۰۵) پایایی تمام قسمت ها را بالاتر از ۰/۷۰ گزارش کرده اند. کشاورزی ارشدی (۲۰۰۰) این ابزار را به فارسی برگردانده است.

مقیاس مشاهده پرستار برای ارزیابی بیمار بستری^۴ (NOSIE) (هانفیلد^۵ و کلت^۶، ۱۹۶۵، به نقل از ساجاتوویک^۷ و رامیزر^۸، ۲۰۰۳) برای ارزیابی تغییرات کارایی رفتاری افراد روان پریش^۹ بستری در بیمارستان طراحی شده، به وسیله متخصصی که به خوبی با بیمار آشناست، تکمیل می شود. ۳۰ گویه این مقیاس ۳۰ رفتار را در مدت سه هفته پیش از ارزیابی می کند. پایایی ارزیاب ها ۰/۷۴ گزارش شده است (ساجاتوویک و رامیزر، ۲۰۰۳).

پس از تشخیص قطعی اسکیزوفرنیا (با بررسی پرونده و بر پایه SCID-I) و پیش از شروع درمان، همه آزمودنی ها به تمامی پرسش نامه ها پاسخ داده، داده های مربوط به نشانه های مثبت و منفی، وضعیت شناختی و کارایی رفتاری ثبت شد. گروه آزمایش به مدت ۱۶ جلسه و طی هشت هفته درمان ترمیم شناختی دریافت کرد. هم زمان بیماران هر دو گروه (آزمایش و کنترل) درمان معمول^{۱۰} (TAU) را نیز دریافت کردند و در جلسه هشتم و پایان دوره درمانی نیز دوباره به پرسش نامه ها پاسخ دادند.

درمان توسط سه درمانگر (دو کارشناس ارشد و یک دکترای روانشناسی بالینی) دارای تجربه بالینی انجام شد. به منظور ارایه یکسان درمان و کم شدن اثر تفاوت آنها، هر سه درمانگر ۱۶ جلسه به وسیله یکی از پژوهشگران آموزش دیدند که در هر جلسه چه اقدامی انجام دهند. پس از آن افراد گروه آزمایش در چهار گروه پنج نفری، درمان ترمیم شناختی را دریافت کردند؛ برنامه مداخله توان بخشی CRT^{۱۱} شولبرگ^{۱۲} و ماتیر^{۱۳} (۲۰۰۱) به کار گرفته شد که مداخله ای شناختی و عصب روان شناختی است که با تمرین و به کارگیری مهارت های باقیمانده و سالم شناختی تلاش می کند نارسایی های شناختی بیماران را کم یا برطرف کند (همان جا).

- | | |
|---|------------------------------|
| 1- Rabin | 2- Barr |
| 3- Burton | |
| 4- Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation | |
| 5- Honigfeld | 6- Klett |
| 7- ajatovic | 8- Ramirez |
| 9- psychotic | 10- treatment as usual |
| 11- Cognitive Remediation Therapy | |
| 12- Sholberg | 13- Mateer |
| 14- therapeutic alliance | 15- orienting |
| 16- episodic memory | 17- time monitoring |
| 18- planning | 19- Goal Management Thinking |
| 20- Statistical Package for Social Sciences | |
| 21- multivariate repeated measure | |

فیلائی^۳ و لامبدای ویلکس^۴ نشانگر ارتباط معنادار میان متغیرهای وابسته بود. از آزمون موشلی^۵ برای ارزیابی کروییت^۶ استفاده شد؛ با توجه به پایه لگاریتم مجذور فی توزیع نظری تقریبی، آزمون موشلی برای نشانه‌های منفی، نشانه‌های مثبت، کارایی رفتاری، زبان و استدلال در سطح اطمینان ۹۵٪ معنی دار بود، بنابراین به تصحیح یافته‌ها به وسیله نقاط اپسیلون^۷ نیاز بود تا توزیع چندمتغیری به شکل نرمال درآید.

دبیرستانی و دیپلم داشتند، ۱۵٪ داروی آنتی‌سایکوتیک تیپیک^۱ و ۸۵٪ داروی آنتی‌سایکوتیک آتیپیک^۲ دریافت می‌کردند. دو گروه از نظر جنسیت، سن، میزان تحصیلات، نوع داروی مصرفی و ازمان با هم همتا شدند. **جدول ۱** میانگین نمره‌های دو گروه را در سه سطح پیش از مداخله، هنگام مداخله و پس از مداخله نشان می‌دهد. کاربرد آزمون‌های چندمتغیری با توجه به میزان ردیابی

جدول ۱- میانگین متغیرهای دو گروه در سه مرحله پیش از مداخله، هنگام مداخله و پس از مداخله

متغیرها	پیش از مداخله		هنگام مداخله		پس از مداخله	
	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
نشانه‌های مثبت	۶۶/۱۵ (۱۳/۹۸)	۶۶/۲۰ (۱۵/۶۱)	۵۵/۷۵ (۱۰/۲۷)	۵۳/۷۵ (۱۲/۳۲)	۶۸/۸۵ (۱۵/۲۱)	۶۶/۳۵ (۱۷/۷۱)
نشانه‌های منفی	۵۹/۳۵ (۱۳/۰۵)	۶۲/۵۵ (۱۰/۶۰)	۵۸/۳۵ (۱۱/۳۵)	۵۴/۱ (۱۲/۳۷)	۶۳/۱۵ (۱۰/۲۹)	۶۳/۸۵ (۱۰/۸۳)
کارایی رفتاری	۶۱/۵ (۲۰/۱۹)	۶۴/۱۰ (۱۷/۵۸)	۵۴/۷ (۱۴/۸۵)	۵۱/۴۵ (۱۶/۴۳)	۶۴/۷۵ (۱۶/۲۵)	۶۳/۷۵ (۱۴/۹۲)
جهت‌یابی	۴ (۱/۱۹)	۵/۱۰ (۱/۸۸)	۷/۳۵ (۲/۲۰)	۷/۱۰ (۲/۶۱)	۴/۰۵ (۲/۲۳)	۵/۱۰ (۲/۰۲)
توجه	۲/۳۰ (۱/۰۳)	۲/۱۵ (۱/۰۴)	۴/۲۵ (۱/۰۱)	۴/۵۰ (۰/۹۴)	۲/۳۰ (۱/۳۴)	۲/۴۵ (۰/۹۴)
زبان	۷/۳۵ (۳/۵۵)	۶/۶۵ (۲/۵۶)	۹/۹۰ (۳/۹۴)	۱۰/۷۰ (۳/۷۹)	۶ (۳/۱۴)	۵/۹ (۲/۸۹)
توانایی ساختاری	۱/۱۰ (۰/۹۶)	۱/۲۰ (۰/۹۵)	۱/۹۰ (۰/۹۱)	۱/۷۵ (۰/۸۵)	۰/۶۵ (۰/۸۱)	۱ (۰/۸۵)
حافظه	۱/۹۰ (۱/۰۲)	۲/۱ (۰/۹۱)	۴/۱۵ (۱/۰۸)	۵/۲۵ (۱/۲۹)	۲/۱ (۱/۲۵)	۲/۳ (۰/۹۲)
محاسبه	۰/۶۵ (۰/۷۴)	۰/۸۰ (۰/۷۶)	۲/۶ (۱/۱۸)	۲/۸۵ (۱/۰۴)	۰/۷۰ (۰/۸۶)	۰/۷۵ (۰/۷۱)
استدلال	۴/۴۰ (۲/۰۳)	۳/۹۵ (۱/۳۹)	۵/۳۰ (۲/۲۹)	۵/۷۵ (۲/۰۹)	۴/۰۵ (۲/۳۲)	۳/۸۰ (۱/۳۹)

1- typical antipsychotic
2- atypical antipsychotic
3- Phillai's trace
4- Wilks' lambda
5- Muchley
6- sphericity
7- epsilon

جدول ۲- اثرات درون آزمودنی در آزمون اندازه گیری های مکرر

نقطه اسیلون	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
نشانه های مثبت	۱/۶۰	۶/۷۱	۰/۰۱	۰/۰۳
نشانه های منفی	۱/۳۴	۱/۳۵	۰/۰۳	۰/۵۰
کارایی رفتاری	۱/۵	۴/۱۴	۰/۰۶	۰/۲۰
جهت یابی	۲	۵/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹
توجه	۲	۱۲/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰
زبان	۱/۵۱	۹/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰
توانایی ساختاری	۲	۳/۵۷	۰/۰۷	۰/۱۸
حافظه	۱/۷۸	۲۵/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹
محاسبه	۱۳/۵۶	۲۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱
استدلال	۱/۳۸	۴/۱۲	۰/۰۳	۰/۱۸

* greenhouse-geisser

بحث

اسکیزوفرنیا هزینه هنگفتی برای سیستم بهداشت روان ایران به حساب می آید، به طوری که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا همواره بیش از نیمی از تخت های بیمارستان های روانی را اشغال می کنند. وضعیت این بیمارستان ها نشان گر کم توجهی به کارایی بیمار و صرفاً تلاش برای کاهش نشانه ها است. نارسایی های شناختی از نشانه های اصلی این بیماری است و تقریباً تمام بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا پیش و پس از آغاز بیماری، هم چنین پس از درمان دارویی معمول کم و بیش از این نارسایی رنج می برند (هاف^۱، ۲۰۰۲؛ هوگارتی^۲، گرین والد^۳ و اِک^۴، ۲۰۰۴؛ ویکز و گاک^۵، ۲۰۰۱؛ فرانگو^۶، هاجیولیس^۷ و ورداس^۸، ۲۰۰۸). به طور کلی برای درمان به یک برنامه همه جانبه نیاز است، که در آن نارسایی های شناختی و نشانه های مثبت و منفی در نظر گرفته شود (بلاک و براون^۹، ۲۰۰۱). یافته های پژوهش حاضر نشان داد بیمارانی که درمان ترمیم شناختی دریافت کردند، بهبود قابل توجه در نشانه های مثبت و منفی نشان دادند، امری که نشان گر اثربخشی درمان ترمیم شناختی است. این یافته با بررسی های ویکز، ریدر و همکاران (۲۰۰۷)، پنادس و همکاران (۲۰۰۶)، کومز^{۱۰}، توشوا^{۱۱}، وانر^{۱۲} و باسو^{۱۳} (۲۰۰۶) و دولتشاهی (۲۰۰۴) هم سو است. یافته های پژوهش حاضر

- | | |
|--------------|------------|
| 1- Hoff | 2- Hogarty |
| 3- Greenwald | 4- Eack |
| 5- Gaag | 6- Frangou |
| 7- Hadjulis | 8- Vourdas |
| 9- Brown | 10- Combz |
| 11- Tosheva | 12- Wanner |
| 13- Basso | |

جدول ۲ یافته های تحلیل واریانس را برای بررسی تفاوت درون آزمودنی ها در سه سطح پیش، پس و هنگام مداخله برای گروه آزمایش نشان می دهد؛ تفاوت میانگین نمره ارزیابی های مکرر در نشانه های مثبت، نشانه های منفی، جهت یابی، توجه، زبان، حافظه، محاسبه و استدلال در سه سطح معنی دار بود. بیشترین اثربخشی درمان ترمیم شناختی مربوط به حافظه و محاسبه و کمترین میزان اثربخشی مربوط به نشانه های مثبت بود. در گروه کنترل میان سه نمره در هیچ یک از متغیرها تفاوت معنی دار وجود نداشت.

جدول ۳ نشان می دهد درمان ترمیم شناختی در نشانه های مثبت، نشانه های منفی، جهت یابی، توجه، زبان، توانایی ساختاری، حافظه، محاسبه و استدلال مؤثر بوده است.

جدول ۳- آزمون اثرات میان گروهی برای مقایسه دو گروه از نظر تغییرات سه سطح پیش، پس و هنگام مداخله

منبع	درجه آزادی	F	سطح معنی داری
نشانه های مثبت	۱	۴/۰۹	۰/۰۵
نشانه های منفی	۱	۵/۹۵	۰/۰۰۱
کارایی رفتاری	۱	۲/۸۲	۰/۱۰
جهت یابی	۱	۷/۵۸	۰/۰۰۱
توجه	۱	۵۳/۳۲	۰/۰۰۱
زبان	۱	۱۰/۵۰	۰/۰۰۱
توانایی ساختاری	۱	۱۲/۶۷	۰/۰۰۱
محاسبه	۱	۳۲/۰۹	۰/۰۰۱
استدلال	۱	۵/۲۸	۰/۰۲

نشان گر تغییر هر دو نشانه‌های مثبت و منفی بود (اگرچه نشانه‌های منفی بیش از نشانه‌های مثبت تغییر کرد)، این در حالی است که پژوهش‌های پیشین تنها اثربخشی درمان ترمیم شناختی را بر نشانه‌های منفی گزارش کرده بودند (اسپالدینگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ دولتشاهی، ۲۰۰۴).

درمان ترمیم شناختی هم‌چنین به افزایش کارایی شناختی گروه آزمایش (نسبت به گروه کنترل) منجر شد. این یافته با بررسی‌های فرانگو و همکاران (۲۰۰۸)، ویکز، نیوتن^۱ و همکاران (۲۰۰۷)، ویکز، ریدر و همکاران (۲۰۰۷)، فاورد^۲، ویانین^۳، پامینی^۴ و ماست^۵ (۲۰۰۶)، کومز و همکاران (۲۰۰۶)، پنادس و همکاران (۲۰۰۶) و دولتشاهی (۲۰۰۴) هم‌سو است. مسأله‌ای که مطرح است این که آیا بهبود یک نارسایی شناختی به سایر نارسایی‌ها نیز تعمیم می‌یابد یا برای توان‌بخشی هر نارسایی شناختی برنامه مشخصی لازم است؟ این مسأله‌ای است که نیاز به بررسی‌های دقیق‌تر و متمرکزتر دارد.

این درمان بر کارایی رفتاری تأثیری نداشت، درحالی‌که مهم‌ترین موضوع در زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا افزایش کارایی رفتاری و سازگاری اجتماعی است. بنابراین یکی از انتقادهای وارد به این درمان، بار دیگر در این پژوهش تکرار شد. از سوی دیگر ترکیب‌گون و همکاران (۲۰۰۶) اثر این روش درمانی را بالا ولی کوتاه‌مدت می‌دانند. گرین^۶، کرن^۷، براف^۸ و مینتز^۹ (۲۰۰۰) بر این باورند نارسایی شناختی موجود، به‌ویژه نارسایی حافظه، به کم‌شدن کارایی شغلی و اجتماعی می‌انجامد و این نارسایی پایدار باقی می‌ماند. فامتر^{۱۰}، یونگهان^{۱۱} و برنر^{۱۲} (۲۰۰۶) نیز دریافتند درمان ترمیم شناختی در بهبود کوتاه‌مدت کارایی شناختی مؤثر است، ولی بر کارایی اجتماعی تأثیری ندارد. با وجود این برخی دیگر از پژوهش‌ها نشان دادند بهبود نارسایی‌های شناختی به بهبود کارایی رفتاری می‌انجامد (اسپالدینگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ویکز و نیوتن و همکاران، ۲۰۰۷؛ بلاک، ۲۰۰۱؛ پنادس و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر زمان ارائه درمان کوتاه بود و دوره پی‌گیری برای بررسی امکان انتقال توانایی‌های شناختی به کارایی رفتاری - اجتماعی وجود نداشت. بررسی‌های پی‌گیری می‌تواند یافته‌های دقیق‌تری به‌دست دهد. همان‌طور که ویکز، ریدر و همکاران (۲۰۰۷) در درمان ۴۰ جلسه‌ای ترمیم شناختی نشان دادند بهبود حافظه در بلندمدت به بهبود کارایی اجتماعی می‌انجامد. بررسی دیگر

نیز نشان داد ارایه واضح، مکرر و آرام اطلاعات سازگار با مسایل واقعی بیماران، می‌تواند در سودمندی افزون‌تر دخیل باشد (ترکیب‌گون و همکاران، ۲۰۰۶).

پژوهش‌های پیشین زمان لازم برای اثربخشی مداخله‌ها را بلندمدت نشان داده بودند، یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌گر اثر درمانی قابل توجه مداخله‌ها در مدت دو ماه بود، احتمالاً فشردگی مداخله‌ها اثر یادگیری را بیشینه کرده و به مسایل ناشی از نارسایی حافظه چیره شده است. البته باید به این نکته نیز توجه کرد که آموزش در بیمارستان چنین فشردگی‌ای را لازم می‌کرد، زیرا بیمار پس از بهبود نشانه‌ها از بیمارستان مرخص می‌شد. موفقیت این برنامه و دستاوردهای آن بدون سازگاری برنامه با شرایط فرهنگی - اجتماعی - شناختی بیماران ایرانی امکان نداشت. در پایان باید گفت درمان توان‌بخشی در کوتاه‌مدت برای بیماران که در پدیده در چرخان^{۱۳} بیمارستان گیر کرده‌اند، کاری مشکل است. نبود دوره پیگیری برای بررسی تداوم اثربخشی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری

از زحمات‌های کادر روانشناسی و پرستاری مرکز آموزشی - درمانی روان‌پزشکی رازی به‌ویژه آقای محمد ترکاشوند، مسئول بخش روانشناسی، درمان‌گران همکار در این پژوهش و هم‌چنین خانم سپیده راجزی اصفهانی (برای اجرای آزمون‌های آماری) صمیمانه قدردانی می‌شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

- Andreasen, N. C. (1989). Scale for the assessment of negative symptoms (SANS). *British Journal of Psychiatry*, 155, 53-58.
- Andreasen, N. C. (1995). The assessment of positive symptoms: An overview and update. *Psychopathology*, 28, 7-17.

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1- Newton | 2- Favrod |
| 3- Vianin | 4- Pomini |
| 5- Mast | 6- Green |
| 7- Kern | 8- Braff |
| 9- Mintz | 10- Pfammatter |
| 11- Junghan | 12- Brenner |
| 13- revolving door | |

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4thed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4thed. text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bellack, A. S. (2001). Rehabilitative Treatment of Schizophrenia, In: J. A., Leiber, & R. M., Murray. (Eds.). *Comprehensive care of schizophrenia: A textbook of clinical management*. UK: Martin Dunitz. Ltd.
- Bellack, A., & Brown, S. (2001). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Currency Psychiatry Report*, 3, 401-412.
- Cohen, L., & Manion, L. (1992). *Research methods in education*. London: Rout ledge.
- Combz, D. R., Tosheva, A., Wanner, J., & Basso, M.R. (2006). Remediation of emotion perception deficits in schizophrenia: The use of attention prompts. *Schizophrenia Research*, 87, 340-351.
- Doolatshahi, B. (2004). *Efficacy of cognitive rehabilitation on reducing cognitive deficits and negative symptoms of schizophrenic patients*. Ph.D. Thesis, Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran. (Persian)
- Favrod, J., Vianin, P., Pomini, V., & Mast, F. W. (2006). A first step toward cognitive remediation of voices: A case study. *Cognitive Behavior Therapy*, 35, 159-163.
- Frangou, S., Hadjulic, M., & Vourdas, A. (2008). The Maudsley early onset schizophrenia study: Cognitive function over 4-year follow-up period. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 52-59.
- Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Test-retest reliability of our psychological testing and individual differences in variability in schizophrenia outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 241-247.
- Halgin, R. P., Whitbourne, S. K. (2010). *Abnormal psychology, clinical perspectives on psychological disorders* (6thed.). New York: McGraw-Hill.
- Hertz, M. I., & Marder, S. R. (2002). *Schizophrenia; Comprehensive treatment and management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hoff, N. L. (2002). *Cognitive assessment in schizophrenia patients in Csernansky*. Marcel: Dekker, INC.
- Hogarty, G. E., Greenwald, D. P., & Eack, S. M. (2004). Cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Achieves of General Psychiatry*, 61, 866-875.
- Keshavarzi-Arshadi, F. (2000). *Cognistat, the Scale for the Neurocognitive-behavior examination*. Islamic Azad University, Central Tehran Branch. (Not published). (Persian)
- Mohammad-khani, P., Jahani Tabesh, A., Tamanaie-far, S. (2005). *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinician Version*. Tehran: Faradid publication. (Persian)
- Penades, R., Catalan, R., Salamero, M., Boget, T., Puig, O., Guarch, J., & Gasto. C. (2006). Cognitive remediation therapy for outpatients with chronic schizophrenia: A controlled and randomized study. *Schizophrenia Research*, 87, 323-331.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusion from meta- analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 64-80.
- Rabin, L. A., Barr, W. B., & Burton, L. A. (2005). Assessment practices of clinical neurophysiologists in the United States and Canada: A survey of INS, NAN and APA division 40 members. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 33-65.
- Sadock. B. J., & Sadock. V. A. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry* (8thed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. Ltd.
- Sajatovic, M., & Ramirez, L. (2003). *Rating scales in mental health* (2nded.). Ohio: Lexi Comp, INC.
- Seidman, L. J., Lanca, M., Kremen, W. S., Faraone, S. V. & Tsuang, M. (2003). Organizational and visual memory deficits in schizophrenia and bipolar psychoses using the Rey-Osterrieth complex figure: Effects of duration of illness. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 949-964.
- Sholberg, M. M., & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive Rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. New York: The Guilford press.
- Spaulding, W. D., Sullivan, M. E., & Poland, J. S. (2003). *Treatment and rehabilitation of severe mental illness*. New York: The Guilford Press.
- Turkington, D., Kingdon, D., & Weiden, P. J. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *American*

- Journal of Psychiatry*, 163, 365-373.
- Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Sabine, E., Brian, K., Martin, P.A., & Romeo, R. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 190, 421-427.
- Wykes, T., & Gaag, M.V. (2001). Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis: Cognitive remediation therapy (CRT)? *Clinical Psychology Review*, 21, 1227-1256.
- Wykes, T., Newton, E., Landua, S., Rice, C., Thompson, N., & Frangon, S. (2007). Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: An exploratory randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 94, 221-230.
- Yasrebi, K. (2007). *Efficacy of psycho-social rehabilitation on psycho-social functions of chronic schizophrenic patients*. Ph.D. Thesis, Clinical Pshchology, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran. (Persian)