

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، باز توانی شناختی و درمان تلفیقی شناختی در کاهش علائم و بهبود عملکرد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

ندا علی بیگی^۱ * پروانه محمدخانی^۲، ربابه مزینانی^۳، بهروز دولتشاهی^۴^۱ استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (nedapsych@yahoo.com)^۲ دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی^۳ دانشیار گروه روانپزشکی^۴ استادیار گروه روان‌شناسی بالینی

چکیده

درمان‌ها و مداخلات روانی جزء ضروری و لازم‌گرایش‌های درمانی موجود در اسکیزوفرنیا است. اما تصمیم‌گیری در مورد اینکه کدام نوع درمان روان شناختی مؤثرتر است، هنوز با مشکل مواجه است (فامتر، یونگهان و برنر، ۲۰۰۶). گرچه پژوهش‌های قبلی به اثربخشی در حوزه‌های خاص پرداخته‌اند، درمان‌های حاضر این محدودیت را دارند که تمام نشانه‌ها و علائم را در بر نمی‌گیرند. به منظور دستیابی به شیوه‌ای با اثربخشی بالاتر پژوهش حاضر درمانی با تلفیق دو رویکرد باز توانی شناختی و شناختی - رفتاری و مقایسه اثر تقدم و تأخر درمان باز توانی شناختی و شناختی - رفتاری و ایجاد تلفیقی از این دو درمان به دنبال دستیابی به شیوه‌ای کارآمدتر برای کمک به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با سیر طولی بود. مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون چند گروهی و اندازه‌گیری مکرر بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بستری در مرکز آموزشی درمانی روان پزشکی رازی بود. بیماران همگی تشخیص نهایی اسکیزوفرنیا را داشته، بین ۲۵ تا ۵۰ سال سن داشتند، حداقل ۵ کلاس تحصیلات داشتند، حداقل یک سال از شروع بیماری‌شان گذشته بود و در مقیاس علائم مثبت و منفی نمره‌ای بالاتر از نقطه برش آزمون داشتند. از بین جامعه آماری ۷۰ نفر به عنوان افراد گروه نمونه در نظر گرفته شدند که در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) به صورت تصادفی جای گرفتند. گروه آزمایشی اول درمان تلفیقی شناختی با تقدم باز توانی شناختی - تأخر شناختی - رفتاری بود. موقعیت دوم درمان تلفیقی شناختی با تقدم شناختی رفتاری - تأخر باز توانی شناختی بود. هر دو گروه به مدت ۳۲ جلسه به صورت گروه‌های ۴ تا ۵ نفره دو بار در هفته و هر جلسه ۴۵ دقیقه درمان دریافت کردند. هر دو گروه در طی دوره مداخله درمان معمول که برای آنها درمان دارویی بود، دریافت می‌کردند. موقعیت سوم گروه کنترل بود که مداخله‌ای دریافت نکردند و تنها درمان معمول را می‌گرفتند. قبل از اجرای درمان از مقیاس‌های علائم منفی و مثبت، عملکرد رفتاری و آزمون شناختی کانیستات برای ارزیابی استفاده شد. در جلسه ۸، ۱۶، ۲۴ و ۳۲ ابزارهای پژوهش مجدداً اجرا شدند. داده‌ها با استفاده از روش آماری اندازه‌گیری مکرر چند طرفه تحلیل گردید. تحلیل‌های اندازه‌گیری مکرر اثربخشی درمان‌های تلفیقی شناختی را نشان می‌دهد. مقایسه اندازه اثر درمان‌ها حاکی از قوت درمان تلفیقی شناختی با تقدم باز توانی شناختی و تأخر شناختی - رفتاری در مقیاس‌های شناختی با تقدم شناختی رفتاری - تأخر باز توانی شناختی بود. در مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا و عملکرد رفتاری داشته است. بر اساس یافته‌ها، درمان شناختی - رفتاری که اجزایی از درمان باز توانی شناختی را در خود بگنجانند می‌تواند به عنوان درمانی مؤثر علاوه بر درمان دارویی در درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به کار برده شود.

کلیدواژه‌ها: اسکیزوفرنیا، علائم مثبت، علائم منفی، عملکرد رفتاری، عملکرد شناختی، درمان شناختی رفتاری، درمان باز توانی شناختی، درمان تلفیقی شناختی.

ملاک‌های ورود به طرح عبارت بودند از: در پرونده بیمار تشخیص قطعی اسکیزوفرنیا بر مبنای تشخیص روان پزشکی و بر اساس DSM-IV-TR وجود داشته باشد و در مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID-I این تشخیص تأیید گردد. سن بیمار بین ۲۵ تا ۵۰ سال باشد. حداقل یک سال از شروع بیماری اسکیزوفرنیا گذشته باشد و علیرغم درمان دارویی بهبود چندانی کسب نکرده باشد. بیمار حداقل ۵ کلاس تحصیل کرده باشد. آسیب مغزی، دمانس، بیماری نورولوژیک خاص که نیاز به مراقبت ویژه داشته باشد، وجود نداشته باشد. بیمار تحت تأثیر جدی عوارض جانبی داروهای آنتی‌سایکوتیک نباشد به گونه‌ای که خطر آن، درمان اختصاصی به جز درمان‌های معمول دریافت کند. بیمار تحت تأثیر سوءمصرف، مسمومیت یا محرومیت از هیچ نوع ماده مخدری نباشد. مصرف سیگار به صورت روتین ملاکی برای خروج از طرح نیست. حداقل ۶ ماه قبل از مطالعه الکتروشوک دریافت نکرده باشد و در طی مدت درمان نیز الکتروشوک دریافت نکند. چنانچه بیماری به هر دلیلی در طی درمان الکتروشوک دریافت کند، از مطالعه کنار گذاشته خواهند شد.

نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده صورت گرفت. به این ترتیب که از بین تمام بیماران دارای ملاک‌های ورود، ۶۰ نفر انتخاب شده به طور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه آزمایش اول شامل ۲۰ نفر است که تحت درمان تلفیقی شناختی با تقدم درمان باز توانی شناختی و سپس درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. گروه آزمایش دوم شامل ۲۰ نفر است که درمان تلفیقی شناختی با تقدم درمان شناختی رفتاری و سپس باز توانی شناختی دریافت کردند. ۲۰ نفر سوم نیز به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شده و تنها درمان معمول را دریافت کردند. تمام ۶۰ نفر در طی دوره مطالعه، درمان دارویی را به عنوان درمان روتین دریافت می‌کردند.

ابزار

مقیاس ارزیابی علائم مثبت پنج گروه علائم شامل: توهمات، هذیان‌ها، رفتار عجیب و غریب، اختلال کلی در تفکر و عاطفه نامتناسب را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. یشری (۱۳۸۶) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۳ و پایایی پیش‌آزمون - پس‌آزمون آن را ۰/۸۸ و پایایی نمره گذارها را ۰/۸۷ گزارش کرده است.

مقیاس ارزیابی علائم منفی، علائم منفی بیمار را در پنج حوزه سطحی شدن و کندی عاطفه، عدم تکلم، بی‌ارادگی، بی‌تفاوتی، ناتوانی در کسب لذت، غیر اجتماعی بودن و توجه

آموزش تردیدی در استفاده از درمان‌های روان شناختی در درمان اسکیزوفرنیا وجود ندارد چرا که دارو درمانی که درمان خط اول در اسکیزوفرنیا تلقی می‌گردد، محدودیت‌هایی به همراه دارد. حتی علیرغم مصرف دارو میزان بالای عود همچنان ادامه دارد. علاوه بر این تعداد زیادی از بیماران همچنان از وجود علائم مثبت پایدار رنج می‌برند و داروهای آنتی‌سایکوتیک شایع اثرات محدودی بر علائم منفی، کارکردهای شناختی تخریب شده و عملکرد اجتماعی دارند (فامتر، یونگهان و برنر، ۲۰۰۶).

مرور مقالات متعدد در درمان اسکیزوفرنیا توسط فامتر، یونگهان و برنر (۲۰۰۶) به این جمع بندی رسیده است که درمان‌های شناختی - رفتاری در کاهش علائم مثبت، باز توانی شناختی در بهبود کوتاه مدت عملکرد شناختی، خانواده درمانی در کاهش عود و بستری شدن مجدد و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کسب مهارت‌های اجتماعی مؤثرند، اما اقدامات صورت گرفته هنوز در آغاز راهند.

در همین راستا تفکر تلفیق درمان شناختی - رفتاری و باز توانی شناختی که علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا را به طور هم زمان مد نظر قرار داده و از طریق بهبود عملکردهای نوروسایکولوژیک منجر به افزایش عملکرد اجتماعی و رفتاری گردد، مطرح شد. درمان تلفیقی طراحی شده در اصل یک برنامه توان بخشی است بر این باور است که فرآیند پردازش اطلاعات معیوب، فرآیندهای شناختی فرد را دچار اختلال می‌کند و علائم بیماری تظاهر می‌کند. نهایتاً نقص در عملکردهای اجتماعی پدید می‌آید. همچنین در یک سطح بالاتر مشکلات عملکردی و علائم بیمار باعث می‌شوند که فرد توسط جامعه طرد شود و زندگی بیگانه و تنهایی را تجربه کند. بر اساس این مدل علائم بیمار نمی‌تواند تخفیف یابد مگر اینکه اختلالات تفکر و شناخت کاهش پیدا کرده باشند.

روش

شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش

مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون چند گروهی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بستری در مرکز آموزشی درمانی روان پزشکی رازی بود. بیماران همگی تشخیص نهایی اسکیزوفرنیا را داشته و در یکی از بخش‌های مردان بیمارستان بستری بودند. از بین جامعه آماری ۶۰ نفر به عنوان افراد گروه نمونه در نظر گرفته شدند.

مورد ارزیابی قرار می‌دهد. یثربی (۱۳۸۶) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۴، پایایی پیش آزمون پس آزمون آن را ۰/۹۲ و پایایی نمره‌گذارها را ۰/۸۹ گزارش کرده است.

آزمون کانیستات برای معاینه وضعیت عصبی- رفتاری- شناختی بیماران تهیه شده و توسط کشاورزی ارشدی در سال ۱۳۷۹ به فارسی برگردانده شده است. این آزمون کارکرد شناختی را در ۵ حیطه می‌سنجد: زبان، حافظه، محاسبه عددی، استدلال/ قضاوت و توانایی توجه و تمرکز. رایین، بار و بورتون (۲۰۰۵) پایایی تمام مقیاس‌ها را بالاتر از ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند.

آزمون عملکرد رفتاری (NOSIE) برای ارزیابی تغییرات عملکرد رفتاری در موقعیت‌های بالینی طراحی شده و برای افراد سایکوتیک که بیماری روانی شدیدی دارند و در بیمارستان بستری‌اند، به کار می‌رود. این مقیاس شامل ۳۰ آزمون است که ۳۰ رفتار را در طی ۳ هفته قبل ارزیابی می‌کند. اعتبار بین نمره‌گذاران بین ۰/۷۳ تا ۰/۷۴ گزارش شده است.

شیوه گردآوری داده‌ها

موقعیت اول درمان تلفیقی شناختی با تقدم بازتوانی شناختی بود و به مدت ۳۶ جلسه صورت گرفت. موقعیت دوم درمان تلفیقی شناختی با تقدم درمان شناختی- رفتاری بود و به مدت ۳۶ جلسه صورت گرفت. موقعیت سوم گروه کنترل بود که بدون درمان بوده و تنها درمان دارویی را دریافت می‌کردند. بیماران در هر سه موقعیت در پنج مرحله قبل (پیش آزمون)، حین درمان و بعد از درمان اول، حین درمان دوم و بعد از درمان (پس آزمون) با ابزارهای مربوط به پژوهش مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند.

نتایج

شرکت‌کنندگان سه گروه براساس متغیرهای سن، تحصیلات، نوع داروی مصرفی و ازمان همتا شدند. به منظور مقایسه میانگین‌ها از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. نتایج نشان داد که هیچ تفاوت معنی‌داری بین این متغیرها در سه گروه وجود ندارد و هر سه گروه در سن، تحصیلات، نوع داروی مصرفی و ازمان با هم یکسان هستند. در این مطالعه جهت بررسی نتایج متغیر مستقل در پنج سطح از دو روش آماری کمک گرفته شده است: روش اندازه گیری مکرر یکطرفه برای بررسی تأثیر درمان به تنهایی و روش اندازه گیری مکرر چند طرفه برای مقایسه گروه‌ها و اثر تقدم و تاخر درمان.

به منظور ارزیابی اثربخشی درمان بازتوانی شناختی و شناختی رفتاری به تنهایی نتایج حاصل از پیش آزمون، حین درمان و پایان درمان در مورد گروه‌های آزمایشی در سه‌اندازه گیری اول مقایسه شد.

در مورد هر مقیاس جدول بررسی ارتباط سطوح گزارش شد که نشان می‌دهد بین سطوح آزمون همبستگی وجود دارد یا خیر. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کرویوت موشلی استفاده شده و سپس از آزمون مناسب برای بررسی اثرات درون آزمودنی‌ها و تفاوت نمرات بهره گرفته شد. آزمون تعقیبی بنفرونی در صورت معنادار بودن تفاوت‌ها اعمال شده است. همچنین از اندازه اثر برای تعیین میزان اثربخشی استفاده شد و برای مشاهده تغییر نمرات از نمودارهای دیداری کمک گرفته شده است.

جدول ۱

مقایسه اندازه اثر درمان بازتوانی شناختی، درمان شناختی رفتاری، درمان تلفیقی شناختی با تقدم بازتوانی شناختی- تاخر شناختی رفتاری و درمان تلفیقی شناختی با تقدم شناختی رفتاری- تاخر بازتوانی شناختی

مقیاس	درمان بازتوانی شناختی	درمان شناختی رفتاری	تقدم بازتوانی شناختی- تاخر شناختی رفتاری	تقدم شناختی رفتاری- تاخر بازتوانی شناختی
علایم مثبت	۰/۰۴	۰/۳۳	۰/۰۴	۰/۱۴
علایم منفی	۰/۵۰	۰/۶۴	۰/۳۷	۰/۳۴
عملکرد رفتاری	۰/۲۰	۰/۶۹	۰/۲۰	۰/۵۱
جهت یابی توجه	۰/۵۹	۰/۳۹	۰/۲۴	۰/۴۸
درک مطلب	۰/۴۰	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۵۸
تکرار نام بردن	۰/۴۵	۰/۴۲	۰/۴۴	۰/۵۶
توانایی ساختاری	۰/۴۶	۰/۱۷	۰/۱۶	۰/۲۶
حافظه محاسبه	۰/۶۹	۰/۵۲	۰/۳۶	۰/۵۸
استدلال	۰/۷۱	۰/۳۳	۰/۴۵	۰/۵۴
	۰/۱۸	۰/۶۴	۰/۲۴	۰/۴۹

مقایسه اثربخشی چهار درمان مطرح شده به تنهایی و بدون مقایسه با گروه کنترل نشان می‌دهد: درمان بازتوانی شناختی به تنهایی در عملکردهای شناختی توجه، نام بردن، حافظه و محاسبه موثرتر از سایر درمان‌ها بوده است، درمان شناختی رفتاری به تنهایی در علایم مثبت و منفی بیماری اسکیزوفرنیا، عملکرد رفتاری و توانایی استدلال موثرتر از سایر درمان‌ها بوده است، درمان تلفیقی شناختی با تقدم بازتوانی شناختی- تاخر شناختی رفتاری بر هیچکدام از درمان‌های دیگر ارجحیت ندارد، درمان تلفیقی شناختی با تقدم شناختی رفتاری- تاخر بازتوانی شناختی در مقیاس‌های شناختی درک مطلب، تکرار و توانایی ساختاری موثرتر از دیگر درمان‌ها است.

بحث

در فرضیه اول پژوهش این مسأله مطرح شد که درمان بازتوانی شناختی علایم منفی بیماران اسکیزوفرنیک را کاهش می‌دهد. در شرایط قبل از اجرای درمان میانگین نمره کلی

مقیاس SANS گروه آزمایش اول $\bar{X} = ۶۶/۱۵$ بود که پس از زمان میانگین نمره به $۵۵/۶۰$ کاهش پیدا کرد. درحالیکه در گروه کنترل در شرایط قبل از اجرای درمان میانگین نمره SANS $۶۰/۵۵$ و پس از زمان $\bar{X} = ۶۶/۳۵$ بود. لذا فرضیه اول پژوهش تأیید گردید. این یافته‌ها با مطالعات ویکز و گیگ (۲۰۰۱)، دولتشاهی (۱۳۸۳)، در یک راستا است.

فرضیه دوم پژوهش اشاره داشت به اینکه بازتوانی شناختی منجر به بهبود عملکردهای شناختی بیماران اسکیزوفرنیک می‌گردد. تحلیل نتایج نشان داد که برنامه درمان بازتوانی شناختی می‌تواند نقایص شناختی بیماران اسکیزوفرنیک را کاهش می‌دهد و باعث بهبودی نقایص شناختی در مقیاس با گروه کنترل گردد. بهبودی در نقایص شناختی در جهت‌یابی، توجه، درک مطلب، تکرار، نام بردن، حافظه و محاسبه اتفاق افتاد و بعد از انجام بازتوانی شناختی عملکرد آزمودنی‌ها در گروه مداخله در مقیاس با گروه کنترل افزایش معناداری پیدا کرد. عملکرد آزمودنی‌هایی که مداخله کرده بودند در مقیاس توانایی ساختاری و استدلال تفاوت معناداری پیدا نکرده است. با توجه به اینکه برنامه مداخله بر توجه، حافظه و عملکرد اجتماعی تمرکز داشته، فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌گردد. این یافته با نتایج یافته‌های ویکز و همکاران (۲۰۰۵)، سلترز و همکاران (۱۹۹۷) و ویکز و همکاران (۲۰۰۵) مبنی بر این که بازتوانی شناختی می‌تواند در بهبود عملکردهای شناختی مؤثر باشد هماهنگ است.

فرضیه سوم پژوهش حاضر اشاره داشت به اینکه درمان شناختی رفتاری علایم مثبت بیماران اسکیزوفرنیک را کاهش می‌دهد. یافته‌های حاضر نشان دهنده تأیید درمان شناختی رفتاری در کاهش علایم مثبت بیماران گروه آزمایش و اثر بخشی درمان شناختی رفتاری است. به طوری که اثر بخشی درمان برابر $ES = ۰/۶۷$ در مورد علایم مثبت بوده است.

فرضیه چهارم پژوهش حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری عملکرد رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک را افزایش می‌دهد. نتایج بدست آمده دراندازه گیری مکرر نشان داد که بیماران که درمان شناختی رفتاری دریافت کردند، بهبود مشخصی در عملکرد رفتاری خود نشان دادند در حالیکه بیماران گروه کنترل تغییری در عملکرد رفتاری خود نداشته‌اند ($ES = ۰/۶۹$) امری که نشان دهنده اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود عملکرد رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک است. اثرات درمانی و یافته فوق همسو با یافته‌های ویکز و همکاران (۲۰۰۷)، ادینگتون و گلیسون (۲۰۰۵)، است.

آیا درمان بازتوانی شناختی بر علایم مثبت بیماران اسکیزوفرنیک تأثیر دارد؟ در پاسخ به سؤال پژوهش مبنی بر اینکه یافته‌های پژوهش نشانگر عدم تأیید مداخلی بازتوانی شناختی بر علایم مثبت است، پژوهش‌های گذشته نیز با یافته حاضر هماهنگ هستند. اسپالدینگ و همکاران (۲۰۰۳)، معتقدند علایم روان پزشکی به ویژه علایم مثبت و نقایص شناختی، الگوی متفاوتی از علایم هستند.

همچنین مطالعات متعدد حاکی از آن هستند که نوسانات علایم منفی، مستقل از علایم مثبت هستند (اسپالدینگ و همکاران، ۲۰۰۳). اما نکته‌ای که در نتایج پژوهش قابل تأمل است اندازه اثر درمان بازتوانی شناختی است که برابر $ES = ۰/۲۱$ است که نشان می‌دهد گرچه اثر بخشی درمان در مقایسه با گروه کنترل معنادار نیست ولی باز هم اندازه اثر حاکی از میزان تأثیر این مداخله است.

سؤال ششم پژوهش به تأیید درمان بازتوانی شناختی بر عملکرد رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک مربوط می‌شود. نتایج به دست آمده حاکی از اثر بخشی درمان بازتوانی شناختی بر عملکرد رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک است، در حالیکه بیماران گروه کنترل تغییری در عملکرد رفتاری خود نداشته‌اند. بنابراین می‌توان انتظار داشت با کاهش علایم منفی و ارتقاء عملکرد شناختی عملکرد رفتاری بیماران نیز بهبود یابد. بر خلاف اغلب پژوهش پیشین در خصوص اثر بخشی درمان بازتوانی شناختی بر عملکرد رفتاری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اینکه با نقایص شناختی نمی‌توانند عملکرد رفتاری را بهبود بخشند، دستاورد پژوهش حاضر تأیید این درمان را بر

- 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 (1-3): 323-31.
- Pfammatter. Mario., Junghan. Ulrich. Martin, Brenner. Hans. Dieter.(2006). Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusion from Meta- analyses. *Schizophrenia Bulletin*. 3\ (s) : s64-s80.
- Pomini. V. (2004). The IPT integrative program of psychological therapy for schizophrenia patients: new perspectives. *Review Medicine Suisse Romande*. 124 (4): 209-212.
- Spaulding. W.D., Sullivan. M.E., Poland. J.S. (2003). *Treatment and Rehabilitation of Severe Mental Illness*. New York: The Guilford Press.
- Turkington. Douglas., Kingdon. David., Weiden. Peter. J. (2006). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 163: 365-373.
- Wykes. T., Reeder, C. (2005). *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia*. London: Rutledge.
- Wykes. T., Hayward, P., Thomas, N., Surguladze, S., Fannon, D., Landau. S. (2005). What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia Research*. 77: 201- 210.
- 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(1-3): 221-230.

عملکرد رفتاری نشان می دهد. البته اغلب پژوهش‌های گذشته معتقدند برای اثرگذاری رفتاری زمان طولانی درمان لازم است که یافته‌های پژوهش حاضر نشانگر اثرات درمانی کوتاه مدت در عملکرد رفتاری است، گرچه حتی در پژوهش حاضر نیز اثربخشی رفتاری تنها در جلسات انتهایی درمان حاصل شده و اندازه اثر نیز نسبت به سایر مقیاس‌ها پایین تر است ($ES = -0.24$). بنابراین پژوهش‌های آتی باید این موضوع را مد نظر قرار دهند که فرآیندی طولانی است که نیازمند مطالعات پیگیری طولانی مدت است. از آنجایی که عمده‌ترین موضوع در زندگی بیماران اسکیزوفرنیک، افزایش عملکرد در سازگاری اجتماعی و شخصی است بررسی نحوه تأیید درمان بازتوانی شناختی و اثربخشی بلند مدت در مطالعات بعدی ضروری است و اینکه آیا این بهبودی به مهارت‌های اجتماعی و عملکرد بهتر روانی- اجتماعی بعدی گسترش می‌یابد؟ برای پاسخ به این سوالات انجام مطالعات دیگری توصیه می‌شود.

سوال هفتم و هشتم پژوهش به این می پردازند که آیا درمان شناختی رفتاری بر علایم منفی و عملکردهای شناختی بیماران اسکیزوفرنیک تأثیر دارد؟ نتایج به دست آمده از تحلیل آماری اندازه گیری‌های مکرر چند متغیری حاکی از آن است که بیماران اسکیزوفرنی که درمان شناختی رفتاری دریافت داشته‌اند، بهبود قابل ملاحظه‌ای در علایم منفی اسکیزوفرنی از خود نشان داده‌اند امری که نشان دهنده اثربخشی درمان در بهبود علایم بیماری است. در مقایسه علایم مثبت و منفی مشاهده می شود که علایم منفی در مقایسه با علایم مثبت بیشتر تغییر کرده‌اند ($\alpha = 0.001$ در برابر $\alpha = 0.05$). یافته‌ی فوق همسو با نتایج ویکر و همکاران (۲۰۰۷)، پنداس و همکاران (۲۰۰۶)، کومز و همکاران (۲۰۰۶)، دولتشاهی و همکاران (۱۳۸۳) در خصوص اثربخشی درمان بازتوانی شناختی است.

همانطور که در نتایج ملاحظه می شود، اثربخشی درمان در مورد علایم منفی در هر دو سبک درمانی تقریباً به یک اندازه است و میزان اثربخشی بالا است ولی در علایم مثبت هر دو سبک درمانی اثربخشی چندانی نداشته‌اند. در مقیاس عملکرد رفتاری اثربخشی درمان تلفیقی شناختی با تقدم شناختی رفتاری- تاخر بازتوانی شناختی اندازه اثر عدد مطلوبی بوده (اندازه اثر = ۰/۵۱) و تفاوت قابل ملاحظه‌ای با درمان تقدم بازتوانی شناختی- تاخر شناختی رفتاری دارد.

لازم به ذکر است که علیرغم اینکه پژوهش‌های گذشته زمان لازم برای اثربخشی مداخلات را بلند مدت پیشنهاد می کنند، یافته‌های پژوهش حاضر نشانگر اثرات درمانی قابل ملاحظه مداخله کوتاه مدت ۲ ماهه به عنوان دستاورد این پژوهش است. فشرده‌گی مداخلات احتمالاً اثرات یادگیری را به حداکثر رسانده و به مسایل ناشی از اشکال در حافظه غلبه کرده است. همچنین باید توجه داشت که آموزش در بیمارستان برای بیماران بستری چنین فشرده‌گی ای را می طلبد زیرا بیمار برای مدتی که گرفتار علایم شده بود در بیمارستان بستری بود و بعد از یک دوره ترخیص می یافت. مطالعات متعدد در زمینه تقایص شناختی نشان داده‌اند که ارائه اطلاعات سازگار با مسایل واقعی بیماران، به وضوح، به آرامی و با تکرار کافی می تواند در سودمندی افزون تر دخیل باشد. این نکته نیز حائز اهمیت است که موفقیت این برنامه و دستاوردهای آن را نمی توان بدون در نظر گرفتن انطباق فرهنگی برنامه با شرایط فرهنگی و اجتماعی و شناختی بیماران ایرانی دانست. تلاش برای انطباق برنامه با شرایط بیمارستانی و فرهنگی موجود در ایران از جمله علل موفقیت این برنامه درمانی بوده است.

منابع

دولتشاهی. بهروز (۱۳۸۳). نقش توان بخشی شناختی در کاهش نقایص شناختی و علایم منفی بیماران اسکیزوفرنیک. پایان نامه دکتری روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- Addington. J., Gleeson. J. (2005). Implementing cognitive behavioural therapy for first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry* (2005). 187 (suppl. 4 8). s 72-s76.
- Combs, D R., Tosheva, A., Wanner, J., Basso, MR. (2006). Remediation of emotion oerception deficits in schizophrenia: the use of attentional prompts. *Schizophrenia Research*. 87(1-3): 340-351.
- Hertz. M.I., Marder. S.R. (2002). *Schizophrenia; Comprehensive Treatment and Management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kopelowicz. A., & Liberman.R.P.(1998). *Psychosocial treatments of schizophrenia*. In: Nathan. P.E. & Gorman. J.M. (Eds.). *A Guide to Treatments that Work* (pp. 190-211). New York: Oxford University Press.