

**مقایسه اثربخشی فعال‌سازی رفتاری و توان‌بخشی
روانی اجتماعی بر کارکردهای شناختی روانی کلام،
انتزاع و توجه زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن**

زهرا صادقی بابوکانی^۱، احمد غضنفری^{۲*}، رضا احمدی^۳ و مریم چرامی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فعال‌سازی رفتاری و توان‌بخشی روانی-اجتماعی بر کارکردهای شناختی روانی کلام، انتزاع و توجه زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن انجام شد. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن مرکز جامع توان‌بخشی بیماران روانی پرآور شهرستان شهرضا بودند. با شیوه نمونه‌گیری هدفمند و براساس ملاک‌های ورود، ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری فعال‌سازی رفتاری، توان‌بخشی روانی اجتماعی و کنترل جایگزین شدند. افراد دوگروه آزمایش در دوره‌های فعال‌سازی رفتاری و توان‌بخشی روانی-اجتماعی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند؛ و گروه کنترل بدون مداخله بود. شرکت‌کنندگان در سه مرحله به آزمون ارزیابی شناختی مونترال پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چند متغیری تحلیل شد. نتایج حاکی از تاثیر درمان فعال‌سازی رفتاری در افزایش روانی کلامی و بهبود توجه زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن در مرحله پس‌آزمون بود. همچنین نتایج نشان داد که مداخله توان‌بخشی روانی اجتماعی سبب افزایش انتزاع کلامی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون شده و اثر آن در طی زمان نیز ثابت باقی‌مانده بود. بنابراین، می‌توان از مداخله فعال‌سازی رفتاری بر بهبود کارکردهای شناختی روانی کلامی و توجه و از توان‌بخشی روانی اجتماعی در بهبود انتزاع کلامی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: اسکیزوفرنی مزمن، توان‌بخشی روانی اجتماعی، فعال‌سازی رفتاری، کارکردهای شناختی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران
tavanbakhshinoor@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران
aghazan5@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران
rozgarden28@yahoo.com

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران
choramimaryam@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸-۱۲-۲۵

تاریخ ارسال: ۱۳۹۸-۰۵-۲۲

DOI: 10.22051/psy.2020.27804.1999

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/

مقدمه

اسکیزوفرنی^۱ شدیدترین اختلال روانی است که معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع و تا آخر عمر پایدار می‌ماند و میزان آن ۰/۶ تا ۱/۹ درصد که ۹۰ درصد از آن‌ها صرف‌نظر از تفاوت طبقاتی، ۱۵ تا ۵۵ سال سن دارند (امینی‌خو، اسکندری، فلسفی‌نژاد، برجعلی و پزشکی، ۱۳۹۵). بیشترین سن شروع در مردان ۱۰-۲۵ سالگی و در زنان ۳۵-۲۵ سالگی است و زنان از پیش‌آگهی بهتر برخوردارند و بیشتر از مردان ممکن است قبل از شروع بیماری کارکرد اجتماعی بهتری داشته باشند (عطادخت، محمدی و محمدی، ۱۳۹۶). شواهد قابل‌توجهی وجود دارد مبنی بر اینکه افراد مبتلا به اسکیزوفرنی نه تنها نسبت به علائم روان‌پریشی خودبینشی ندارند؛ بلکه دارای نقص‌های عصبی شناختی نیز هستند. این احتمال وجود دارد که بیماران آگاهی فراشناختی ضعیفی از کارکردهای شناختی نشان دهند که ممکن است در علائم هذیانی وجود داشته باشند (کروزوتکه، پینوک، بنازسکا، کوکوسزکا^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). در حقیقت اختلالات در حافظه کاری، توجه، سرعت پردازش، یادگیری بصری و کلامی با کمبود قابل‌توجهی در استدلال، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی و حل مسأله در اسکیزوفرنی به‌طور گسترده‌ای مستند شده است (تریپاتی، کار و شاکلا^۳، ۲۰۱۸). اختلالات شناختی اثر کارکردی مهمی در زندگی روزمره بیماران دارند و داروهای ضد روان‌پریشی اثر چندانی روی آن‌ها ندارند (پنادز، بوسیا، کاتالن، اسپانگارو، گارسیاریزو^۴ و همکاران، ۲۰۱۹).

اگرچه داروهای ضد روان‌پریشی تکیه‌گاه اصلی درمان اسکیزوفرنیا به‌شمار می‌آید در پژوهش‌ها معلوم شده که توان‌بخشی روانی-اجتماعی^۵، می‌تواند بهبود بالینی را تقویت کند (کاپلان و سادوک، ترجمه کمالو، ۱۳۹۶). یکی از جنبه‌های مهم بیماری اسکیزوفرنی از دست دادن مهارت‌های اجتماعی و روابط میان فردی است (اکبری و سعیدی، ۱۳۹۶). مهارت‌های اجتماعی مجموعه رفتارهای اکتسابی است که از طریق مشاهده، مدل‌سازی و بازخورد آموخته می‌شود و بیشتر جنبه تعاملی داشته، تقویت اجتماعی را به حداکثر می‌رسانند (هالسبورگ و

-
1. schizophrenia
 2. Kręzolek, Pionke, Banaszak and Kokoszka
 3. Tripathi, Kar and Shukla
 4. Penadés Bosis, Catalán, Spangaro and García-Rizo
 5. psychosocial rehabilitation

لپولیتو^۱، ۲۰۱۸). همچنین مهارت در برقراری ارتباط، آن دسته از مهارت‌هایی هستند که به کمک آن‌ها افراد می‌توانند درگیر تعامل‌های بین فردی و فرایند ارتباط شوند (دیکسون و ویلیامز^۲، ۲۰۱۵). در فرایند توان‌بخشی روند بازیافتن توانایی‌ها تدریجی و آموزش مهارت‌های اجتماعی از فنونی ترکیب‌شده است که به افراد برای کسب روابط بین فردی معنادار، ارتباط صحیح و روشن، ارزیابی درست از خود و پاداش دادن به رفتارهای انطباقی خود کمک می‌کند (ناس، یازمالار، ساه، آیدن^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). توان‌بخشی روانی اجتماعی برای بیماران مبتلابه اسکیزوفرنیا شامل درمان مهارت‌آموزی؛ درمان فردی؛ آموزش مهارت‌های ارتباطی، مدیریت موردی که در مدیریت این بیماری مفید است و به بهبودی بیمار کمک می‌کند. با انجام این درمان‌ها زمینه بازگشت بیمار را به جامعه فراهم می‌کنیم (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۶).

درمان فعال‌سازی رفتاری^۴ یک مداخله کوتاه‌مدت و راه‌حل‌محور است که به‌عنوان یک مداخله بین تشخیصی، ثابت کرده که از تناسب قابل‌انتظار برای پرداختن به اختلالات خلقی و اضطرابی بهره‌مند است (کازکورکین و فوا^۵، ۲۰۱۵). بک، دیمیدجان و گودمن^۶ از جمله پیشگامان اولیه فعال‌سازی رفتاری بودند که در سال ۲۰۰۱ با مطرح کردن این رویکرد به‌عنوان اجزاء اصلی درمان شناختی اختلالات خلقی^۷، به آن رسمیت دادند. هدف فعال‌سازی رفتاری افزایش منظم فعالیت است، به طوری که به مراجع کمک کند تا با منابع پاداش موجود در زندگی خود تماس بیشتری یابد و مسائل زندگی خود را حل کند (دیمیدجان، گودمن، شرود، سیمون^۸ و همکاران، ۲۰۱۷). تکنیک‌های درمانی مستقیماً بر روی رفتارهای گریز و فکرهای نگران‌کننده مکرر متمرکز بوده و سعی می‌کند تجاربی را افزایش دهد که لذت‌بخش بوده یا به سازندگی و بهبود شرایط زندگی منجر می‌شوند (مارتل و دیمیدجان، ترجمه نونهال و موسوی،

-
1. Horsburgh and Ippolito
 2. Dixon and Williams
 3. Nas Yazmalar, Şah and Aydın
 4. behavioral activation treatment
 5. Kaczurkin
 6. Beck, Dimidjian, Sherwood and Goodman
 7. Cognitive Therapy
 8. Dimidjian, Goodman, Sherwood and Simon

(۱۳۹۵). منظور از فعال‌سازی رفتاری وادار کردن بیمار به فعالیت‌های تصادفی یا فعالیت‌هایی نیست که معمولاً خوش‌آیند تصور می‌شوند، بلکه این راهبردها بسیار جنبه فردی دارند و برحسب نیاز هر مراجع تعیین می‌شوند (سهرابی، ۱۳۹۴).

چندین مطالعه نشان داده‌اند که درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان توان‌بخشی روانی اجتماعی می‌تواند در بهبود شدت و کاهش علائم اختلالات روانی کمک کند. برای مثال اکبری و سعیدی (۱۳۹۶) دریافتند که توان‌بخشی روانی- اجتماعی در کاهش علائم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن تأثیر معناداری دارد. طاهری و حسینی (۱۳۹۵) نشان دادند که توان‌بخشی روانی- اجتماعی بر افزایش کارکردهای اجتماعی و کاهش علائم منفی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن شهر کرمانشاه تأثیر معناداری داشته، اما بر کاهش علائم مثبت تأثیر معناداری مشاهده نشد. چویی، جاکال و لی (۲۰۱۶) دریافتند که با تعدیل اثر وضعیت تأهل؛ فعال‌سازی انگیزشی و رفتاری سبب ایجاد تفاوت معنادار در سطح پایه علائم منفی اسکیزوفرنی بین گروه شاهد و آزمایشی مشاهده شد و بیماران گروه آزمایشی یادگیری و حافظه کلامی بهتری را در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. مورین و فرانک^۲ (۲۰۱۷) در مقاله‌ای مروری با هدف بررسی تأثیر توان‌بخشی بر ارتقاء فرایند بازتوانی بیماران اسکیزوفرنی دریافتند که توان‌بخشی شناختی در کاهش تأثیر اختلال شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی در یادگیری انواع مهارت‌ها، بهبود سازگاری و تاحدی در کاهش میزان علائم منفی مؤثر واقع شده است. بررسی پیشینه پژوهشی نشان داد که اغلب مطالعات انجام شده بر علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی متمرکز بوده و تاکنون پژوهشی انجام نشده است که اثربخشی دو رویکرد درمانی فعال‌سازی رفتاری و توان‌بخشی روانی اجتماعی را بر بهبود و اصلاح کارکردهای شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بررسی کرده باشد. لذا پژوهش حاضر در نظر دارد تا با مقایسه دو درمان فعال‌سازی رفتاری و توان‌بخشی روانی- اجتماعی بر کارکرد شناختی، به این سؤال پاسخ دهد که کدام یک از این دو درمان، در بهبود عملکرد کارکردهای شناختی روانی کلام، انتزاع و توجه زنان مبتلا به اسکیزوفرنیا مؤثرتر است؟

1. Choi, Jaekal and Lee

2. Morin and Franck

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن مرکز جامع توان‌بخشی بیماران روانی مزمن پراور شهرستان شهرضا در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند (۷۰ نفر). برای انتخاب نمونه از بین زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن، ۴۵ زن به صورت هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به طور تصادفی در ۲ گروه آزمایشی فعال‌سازی رفتاری و توان‌بخشی روانی-اجتماعی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل تأیید ابتلا به اسکیزوفرنی مزمن توسط روان‌پزشک، گذشت حداقل ۲ ماه از تحت درمان قرار گرفتن بیماران در مرکز، داشتن سطح تحصیلات بالای سیکل، دامنه سنی بین ۲۰ - ۵۰ سال، عدم ابتلا به سوء مصرف مواد و الکل و تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل تشدید علائم بیماری به گونه‌ای که بیمار نتواند در جلسات شرکت کند، غیبت بیش از ۳ جلسه و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. افراد شرکت‌کننده در پژوهش در دو گروه آزمایشی فعال‌سازی رفتاری و توان‌بخشی روانی-اجتماعی به صورت گروهی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی شرکت کردند؛ اما برای گروه کنترل، مداخله‌ای انجام نشد. شرکت‌کنندگان در سه مرحله به پرسشنامه ارزیابی شناختی مونترال^۱ (۲۰۰۵) پاسخ دادند که در زیر بررسی شده است:

مقیاس ارزیابی شناختی مونترال (MOCA): مقیاس ارزیابی شناختی مونترال بر اساس شهود بالینی نصرالدین، فیلیس، بدریان، چاربونا^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. اجرای مقیاس بین ۱۰ - ۱۵ دقیقه زمان می‌برد و ۱۰ حوزه شناختی شامل: عملکرد اجرایی^۳ (۱ نمره)، بازیابی فوری^۴ (۱ نمره)، روانی کلام^۵ (۱ نمره)، جهت‌یابی^۶ (۶ نمره)، محاسبه^۷ (۱ نمره)، انتزاع

1. Montreal Cognitive Assessment
2. Nasreddine, Phillips, Bedirian and Charbonneau
3. executive function
4. instant recovery
5. speech fluency
6. orientation
7. calculation

کلامی^۱، (۲ نمره) حافظه^۲ (۵ نمره)، توانایی دیدار فضایی^۳ (۴ نمره)، زبان^۴ (۵ نمره) و توجه^۵ (۴ نمره) را بررسی می‌کند (نصرالدین و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین، دامنه نمرات مقیاس بین (۰) - (۳۰) و نمره ۲۶ و بالاتر، بیان‌کننده عدم وجود نقص شناختی خواهد بود. همچنین دریافت نمره بین ۱۸ - ۲۳ نشان‌دهنده اختلال شناختی خفیف و نمره زیر ۱۷ نشان‌دهنده اختلال شناختی شدید خواهد بود (ناظم و همکاران، ۲۰۰۹). نصرالدین و همکاران (۲۰۰۵) روایی هم‌زمان بین دو مقیاس ارزیابی شناختی مونترآل (MOCA) و مقیاس معاینه مختصر روانی^۶ (MMSE) را ۰/۸۷، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۳ و حساسیت این مقیاس را برای تعیین افراد با اختلال شناختی خفیف ۰/۹۰ و برای تعیین افراد با بیماری آلزایمر ۱۰۰ درصد گزارش کرده‌اند. امساکي، مولویی، چیت‌ساز، موحد ابطحي و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ارزیابی شناختی مونترآل در بیماران مبتلا به پارکینسون، روایی هم‌زمان مقیاس ارزیابی شناختی مونترآل با مقیاس معاینه مختصر روانی (MMSE) را برابر با ۰/۷۹، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ و حساسیت مقیاس برای تعیین افراد با اختلال شناختی خفیف را برابر با ۰/۸۵ گزارش دادند. شایان ذکر است که در این پژوهش تنها نمرات سه حوزه روانی کلام، انتزاع کلامی و توجه وارد تحلیل شد و ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر در سه مؤلفه روانی کلام، انتزاع کلامی و توجه به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۲ است که ضرایب مطلوبی است.

شرح جلسات توان‌بخشی روانی اجتماعی بر اساس پروتکل‌های درمانی - آموزشی برک و انسل^۷ (۱۹۹۹) و بیکر و تامپسون^۸ (۱۹۹۹) و شرح جلسات فعال‌سازی رفتاری بر اساس پروتکل لیجوز، هاپکو و هاپکو^۹ (۲۰۱۱) بود، که هیچ‌گونه دخل تصرفی توسط پژوهشگر در محتوای جلسات صورت نگرفت. شرح مختصر در جداول (۱) و (۲) ارائه شده است.

1. verbal abstraction
2. memory
3. ability to visit spatial
4. language
5. attention
6. mini mental status examination
7. Brekke and Ansel
8. Baker and Thompson
9. Lejuez, Hopko and Hopko

جدول ۱: خلاصه جلسات توان‌بخشی روانی اجتماعی

جلسات	اهداف	محتوا	رفتار مورد انتظار	تکلیف
اول	آشنایی با چارچوب جلسات	ذکر اهداف پژوهش و معرفی برنامه آموزشی، جلب توجه و مشارکت افراد برای شرکت در جلسات	تلاش برای جلب توجه بیماران به شرکت در جلسات	---
دوم	مهارت‌های جسمی و حرکتی	انجام حرکات جسمی و حرکتی مانند جفت پریدن به عقب و جلو، پریدن از روی مانع، ایستادن روی پنجه، راه رفتن روی خط صاف	توجه به حرکات بدن	لی‌لی رفتن و پریدن از موانع
سوم	مهارت‌های حرکتی هدفمند	استفاده از موسیقی به همراه انجام تمرین‌های بدنی درشت و ظریف و انجام حرکات هدفمند	تلاش برای توجه به اندام‌های بدن	انجام حرکات موزون با ریتم موسیقی
چهارم	مهارت‌های شناختی	انجام بازی‌های فکری جهت تقویت مهارت‌های شناختی (پازل، شناخت ساعت و زمان، اشکال هندسی، بازی‌های حافظه، چیستان، شناخت اعداد، پیدا کردن اشیا با چشمان بسته)	توجه و استفاده از مهارت‌های شناختی توسط بیماران اسکیزوفرنی	چیدن اشکال هندسی مطابق الگو و حل ماز
پنجم	مهارت‌های خودیاری	بهبود مهارت‌های خودیاری و آموزش مراقبت از خود (شامل آموزش مهارت‌های خودیاری)	تأکید بر استقلال رفتاری افراد و تغییر در عادت‌های رفتاری	ثبت رفتارهای خود مراقبتی انجام داده در طول هفته
ششم	مدیریت علائم	شناخت علائم بیماری، آموزش مدیریت علائم و نشانگان بیماری، آموزش مهارت‌های کنترل هیجانات و احساسات	تلاش برای کنترل عواطف	ثبت کاربردگ مربوط به احساسات و درجه‌بندی آن
هفتم	مهارت‌های ارتباطی	بهبود مهارت‌های ارتباطی (آموزش آداب معاشرت و صحبت کردن، سلام و احوال‌پرسی، رعایت نوبت، انجام تمرین‌های نمایشی و ایفای نقش)	تلاش برای بهبود روابط بین فردی	کاربردگ ثبت رفتارهای دوستانه
هشتم	مهارت‌های اجتماعی	آموزش ابراز وجود، پذیرش خطا، مدیریت وابستگی و اقتصاد ژتونی و آموزش مهارت‌های زندگی	ارتقاء مهارت‌های اجتماعی	ثبت رفتارهای اجتماعی مثبت و منفی

جلسات	اهداف	محتوا	رفتار مورد انتظار	تکلیف
نهم	استفاده از اوقات فراغت	برنامه‌ریزی برای استفاده از اوقات فراغت و تفریح (برنامه‌ریزی برای برپایی اردو و فعالیت‌هایی نظیر توپ‌بازی و اسم و فامیل)	تلاش برای تقویت مهارت برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی امور	کاربرگ ثبت اقدامات تفریحی صورت گرفته
دهم	ارتقاء مهارت‌های یادگیری و آموزشی	آموزش یادگیری از طریق مشاهده و تقلید یادگیری، آموزش مهارت سؤال پرسیدن و فرضیه‌سازی (در نظر گرفتن تمامی احتمالات)	تلاش برای بهبود مهارت‌های یادگیری و تفکر	به کار بستن مهارت‌های یادگرفته شده در فعالیت‌های روزانه و ثبت ۳ مورد
یازدهم	مهارت‌های پیش‌حرفه‌ای	کمک به کسب مهارت‌های پیش‌حرفه‌ای و فعالیت درمانی مانند خاطره‌نویسی، داستان‌گویی، قصه درمانی و کاردستی	حرکت به سمت یادگیری مهارت‌های فنی و هنری	کاربرگ ثبت رفتارهای صورت پذیرفته در طی هفته
دوازدهم	پس‌آزمون	مروری بر جلسات و تبادل نظر با اعضاء، اجرای پس‌آزمون	تلاش برای بررسی وضعیت و بهبود آن	مروری بر تکالیف گذشته

جدول ۲: خلاصه جلسات فعال‌سازی رفتاری

جلسات	اهداف	محتوا	رفتار مورد انتظار	تکلیف
اول	آشنایی با چارچوب جلسات	مقدمات و معرفی افراد، راجع به بیماری و منطق درمان و اهمیت حضور در جلسات	تلاش برای شرکت بیماران در جلسات	---
دوم	عواطف و احساسات	بحث راجع به احساسات و عواطف و پیامدهای رفتاری این احساسات	توجه به احساسات و عواطف	کاربرگ ثبت عواطف و احساسات
سوم	تقویت مهارت‌های مقابله‌ای	ایجاد جو حمایت اجتماعی از طریق بحث راجع به شباهت‌های موجود در تجارب افراد گروه، بحث پیرامون تجارب بیماری	تلاش برای بحث پیرامون علائم بیماری	ثبت کاربرگ مربوط به شباهت‌ها
چهارم	تمرکز بر حواس پنج‌گانه	آموزش تکنیک رسیدگی به خود به‌منزله مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر (انجام فعالیت‌های لذت‌بخشی که احساس بهزیستی و شادی را در فرد افزایش می‌دهد)، تمرکز بر حواس پنج‌گانه	تأکید بر فعالیت‌های لذت‌بخش و حواس پنج‌گانه	ثبت اقدامات لذت‌بخش در طی هفته و درجه‌بندی آن
پنجم	برنامه‌ریزی	مرور تکالیف برنامه‌ریزی برای فعالیت اعضای گروه، درجه‌بندی فعالیت‌ها بر اساس اهمیت	تلاش برای بهبود مهارت برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی	تکمیل فرم بازبینی روزانه، انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها
ششم	سیالی افکار	بحث در رابطه با افکار و احساسات، آموزش سیالی افکار	تمرکز بر رابطه بین احساسات و افکار	تکمیل فرم بازبینی روزانه
هفتم	سبک زندگی سالم	به افراد آموزش داده می‌شود که به‌جای دمدمی رفتار کردن، کارهای خود را بر اساس برنامه‌ریزی انجام دهند، آموزش سبک زندگی سالم	تلاش برای تغییر رفتار	کاربرگ ثبت اهداف و اقدامات
هشتم	دستاورد	نوشتن انگیزه و احساسات و شدت	مشاهده پیامد	کاربرگ ثبت و

جلسات	اهداف	محتوا	رفتار مورد انتظار	تکلیف
	فعالیت‌ها	آن‌ها. درخواست از افراد برای انجام فعالیت همراه با دستاوردها درجه‌بندی اهمیت آن‌ها	رفتارهایی که فرد انجام می‌دهد	درجه بندی انگیزه، احساسات و دستاوردها
نهم	ارتقاء مهارت‌های به‌دست‌آمده	کاربرد تکنیک‌های جلسات قبل مانند تحلیل تابعی و تقویت شیوه‌های کارآمد مقابله، ارائه برگه‌هایی جهت برنامه‌ریزی و توصیف تجارب	تلاش به کارگیری مهارت‌های یاد گرفته‌شده در زندگی	کاربرگ ثبت اقدامات
دهم	مقابله کارآمد با مشکلات	استفاده از فنون تحلیل رفتار، تقویت تلاش اعضاء در جهت مقابله کارآمد، اجتناب از پاسخ‌های اجتنابی	تلاش برای تقویت شیوه‌های مقابله‌ای سازگار	کاربرگ ثبت شیوه‌ها مقابله‌ای در مواجهه با مشکلات
یازدهم	تحت کنترل درآوردن رفتار	آموزش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد به‌جای گریز، تحت کنترل درآوردن رفتار با تقویت‌کننده‌های مثبت	تلاش برای جلوگیری از پاسخ‌های اجتنابی	کاربرگ ثبت اقدامات در طول هفته
دوازدهم	پس‌آزمون	ارائه خلاصه‌ای از آموزش‌های قبلی، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	تلاش برای بررسی وضعیت و بهبود آن	مروری بر تکالیف گذشته

یافته‌ها

میانگین سن زنان مبتلا به بیماری در گروه کنترل، توان‌بخشی روانی اجتماعی و فعال‌سازی رفتاری به ترتیب برابر با ۴۴/۶۶، ۴۶/۸۶ و ۴۸/۶۰ است. میانگین مدت ابتلا به بیماری اسکیزوفرنی در تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش برابر با ۱۹/۳۷ و از نظر وضعیت تأهل؛ ۴۲ درصد زنان مجرد، ۳۶ درصد متأهل و ۲۲ درصد از همسرانشان جدا شده‌اند. میانگین انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول (۳) نشان داده شده است که بیان‌کننده آن است که میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری افراد شرکت‌کننده در دو گروه آزمایشی فعال‌سازی رفتاری و توان‌بخشی روانی اجتماعی در روانی کلامی، انتزاع کلامی و توجه نسبت به نمرات مرحله پیش‌آزمون آن‌ها در این دو گروه افزایش است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات کارکردهای شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مرحله	گروه کنترل		فعال‌سازی رفتاری		توان‌بخشی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
روایت کلامی	پیش‌آزمون	۱/۵۳	۰/۷۴	۱/۸۰	۲/۲۶	۱/۳۳	۰/۶۱
	پس‌آزمون	۱/۸۰	۱/۰۸	۲/۲۶	۰/۷۹	۱/۸۶	۰/۶۳
	پیگیری	۱/۰۶	۰/۸۸	۲/۲۰	۰/۷۷	۲/۰۰	۰/۶۵
تجزیه کلامی	پیش‌آزمون	۱/۳۳	۰/۸۹	۱/۲۶	۰/۹۶	۱/۹۳	۰/۷۰
	پس‌آزمون	۱/۹۳	۰/۹۶	۲/۱۳	۰/۹۱	۲/۴۶	۰/۵۱
	پیگیری	۱/۰۶	۰/۹۶	۲/۳۳	۰/۸۱	۲/۶۰	۰/۵۰
تجزیه نحوی	پیش‌آزمون	۱/۲۶	۱/۲۰	۱/۸۶	۰/۹۱	۰/۷۳	۰/۷۰
	پس‌آزمون	۱/۵۳	۱/۱۸	۲/۱۳	۱/۸۷	۱/۹۳	۰/۹۶
	پیگیری	۱/۲۰	۰/۹۶	۲/۴۰	۰/۹۸	۱/۲۶	۰/۵۹

قبل از انجام دادن تحلیل واریانس، دو پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها و کرویت ماچلی بررسی شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که سطوح معناداری به‌دست آمده متغیرهای هم پراش برای روانی کلامی، انتزاع کلامی و توجه در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، لذا پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد. نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد که مقدار ماچلی در روانی کلامی ($W=0/90, p=0/11$)، انتزاع کلامی ($W=0/97, p=0/57$) و توجه ($W=0/96, p=0/51$) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست و پیش‌فرض کرویت رعایت شده است.

نتایج جدول (۴) نشان داد که با معنادار بودن F به‌دست‌آمده عامل درون‌گروهی در روانی کلامی ($F=6/11, p=0/01$)، انتزاع کلامی ($F=16/45, p=0/01$) و توجه ($F=6/64, p=0/01$)، وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه کارکرد شناختی در سطح ۰/۰۱ تأیید می‌شود. علاوه بر این با معنادار بودن F به‌دست‌آمده در منبع بین گروهی در روانی کلامی ($F=3/52, p=0/04$)، انتزاع کلامی ($F=6/43, p=0/01$) و

توجه ($F=5/33, p=0/01$)، می‌توان گفت بین سه مرحله اندازه‌گیری برای روانی کلامی و انتزاع کلامی و توجه در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/05$). در ادامه برای بررسی زوجی میانگین‌ها در گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات کارکردهای شناختی

متغیر	عوامل	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
روان کلامی	درون	عامل	۴/۰۱	۲	۲/۰۰	۶/۱۱	۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۷۸
	گروهی	اثر تعاملی	۵/۷۶	۴	۴۴۱	۴/۳۹	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۹۲
		خطا	۲۷/۵۵	۸۴	۰/۳۲				
	بین گروهی	گروه	۸/۷۷	۲	۴/۳۸	۳/۵۲	۰/۰۴	۰/۱۴	۰/۷۴
	گروهی	خطا	۵۲/۳۱	۴۲	۱/۲۴				
انتزاع کلامی	درون	عامل	۱۰/۷۲	۲	۵/۳۶	۱۶/۴۵	۰/۰۱	۰/۲۸	۱/۰۰
	گروهی	اثر تعاملی	۸/۵۶	۴	۲/۱۴	۶/۵۶	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۹۸
		خطا	۲۷/۳۷	۸۴	۰/۳۲				
	بین گروهی	گروه	۱۷/۷۹	۲	۸/۸۹	۶/۴۳	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۸۸
	گروهی	خطا	۵۸/۰۸	۴۲	۱/۳۸				
توجه کلامی	درون	عامل	۷/۶۴	۲	۳/۸۲	۶/۴۶	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۸۹
	گروهی	اثر تعاملی	۶/۰۴	۴	۱/۵۱	۲/۵۵	۰/۰۴	۰/۱۱	۰/۷۰
		خطا	۴۹/۶۴	۸۴	۰/۵۹				
	بین گروهی	گروه	۱۹/۲۴	۲	۹/۶۲	۵/۳۳	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۸۱
	گروهی	خطا	۷۸/۸۲	۴۲	۱/۸۰				

نتایج جدول (۵) در بررسی زوجی گروه‌ها نشان می‌دهد که از بین دو شیوه درمانی پژوهش، مداخله فعال‌سازی رفتاری به‌طور مؤثری سبب افزایش روانی کلامی و بهبود توجه زنان مبتلابه اسکیزوفرنی مزمن شده ($p<0/05$) درحالی‌که توان‌بخشی روانی اجتماعی توانسته به‌طور مؤثری سبب بهبود انتزاع کلامی زنان مبتلابه اسکیزوفرنی مزمن شود ($p<0/05$). همچنین نتایج بررسی زوجی سه مرحله اندازه‌گیری نشان داد که در روانی کلامی و توجه بین

میانگین نمرات مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و در انتزاع کلامی بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). در حالی که بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری روانی کلامی، انتزاع کلامی و توجه تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی در گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری نشان داد که اثر درمان توان‌بخشی روانی اجتماعی بر انتزاع کلامی بیماران در طی زمان ثابت باقی مانده است.

جدول ۵: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری

متغیر	A	B	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
توان‌بخشی	کنترل	فعال‌سازی	۶۲/۰-*	۲۳/۰	۰/۰۳
	فعال‌سازی	توان‌بخشی	-۰/۲۶	۰/۲۳	۰/۷۹
	پیش‌آزمون	توان‌بخشی	۰/۳۵	۰/۲۳	۰/۴۱
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۳۷/۰-*	۱۱/۰	۰/۱۰
توان‌بخشی	پس‌آزمون	پیگیری	۲۰/۰-	۱۰/۰	۱۸/۰
	کنترل	پیگیری	۱۷/۰	۱۳/۰	۵۵/۰
	فعال‌سازی	فعال‌سازی	۴۶/۰-	۰/۲۴	۰/۲۰
	توان‌بخشی	توان‌بخشی	۸۸/۰-*	۰/۲۴	۰/۰۱
توان‌بخشی	فعال‌سازی	توان‌بخشی	-۰/۴۲	۰/۲۴	۰/۲۸
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶۶/۰-*	۱۱/۰	۰/۱۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۴۹/۰-	۱۱/۰	۰/۱۰
	کنترل	پس‌آزمون	۱۸/۰	۱۳/۰	۵۳/۰
توان‌بخشی	فعال‌سازی	فعال‌سازی	۱۷/۰-*	۰/۲۸	۰/۰۲۷
	توان‌بخشی	توان‌بخشی	۰/۰۴	۰/۲۸	۱/۰۰
	فعال‌سازی	توان‌بخشی	۸۲/۰*	۰/۲۸	۰/۰۲
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴۰/۰-*	۱۵/۰	۰/۰۳
توان‌بخشی	پس‌آزمون	پیگیری	۲۲/۰-	۱۶/۰	۵۳/۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۱۸/۰	۱۷/۰	۹۴/۰

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف بررسی مقایسه‌ی اثربخشی فعال‌سازی رفتاری و توان‌بخشی روانی اجتماعی بر کارکردهای شناختی روانی کلام، انتزاع و توجه زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن انجام شد. نتایج نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری به‌طور مؤثری سبب افزایش روانی کلامی و بهبود توجه زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن شده و مداخله‌ی توان‌بخشی روانی اجتماعی نیز توانسته به طور معناداری به بهبود انتزاع کلامی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن منجر شود. همچنین نتایج آزمون تعقیبی در گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری حاکی از آن بودند که اثر درمان توان‌بخشی روانی اجتماعی بر انتزاع کلامی بیماران در طی زمان ثابت باقی مانده است. اگرچه پژوهشی پیدا نشد که منطبق بر یافته‌های فوق باشد، اما یافته‌های به‌دست‌آمده با یافته‌های طاهری و حسینی (۱۳۹۵)، اکبری و سعیدی (۱۳۹۶)، چویی و همکاران (۲۰۱۶) و مورین و فرانک (۲۰۱۷) همسو است.

در تبیین یافته به‌دست‌آمده در رابطه با اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر روی توجه و روانی کلامی می‌توان گفت که فعال‌سازی رفتاری بر این فرض اساسی استوار است که مسائل موجود در زندگی افراد آسیب‌پذیر و پاسخ‌های رفتاری آن‌ها به این قبیل مسائل، توانایی آن‌ها را برای دریافت پاداش‌های مثبت از محیط تقلیل می‌دهد. برنامه‌ریزی فعالیت برای اسکیزوفرنی، یک درمان رفتاری است که در آن بیماران با بازبینی خلق و فعالیت‌های روزانه از یک سو و افزایش تدریجی و نظام‌دار فعالیت‌های لذت‌بخش و تعاملات مثبت با محیط از طرف دیگر به ایفای نقش خود اقدام می‌کنند. فعال‌سازی رفتاری موجب افزایش رفتارهای منجر به پاداش برای بیمار است. پاداش می‌تواند درونی (مانند لذت یا احساس موفقیت) یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشد. به‌کارگیری تکنیک‌هایی همچون برنامه‌ریزی فعالیت تمرکز بر حواس پنج‌گانه در حین انجام فعالیت‌ها، یادداشت فعالیت و زمان موردنظر و رتبه‌بندی این فعالیت‌ها بر اساس لذت و اهمیت از جمله مواردی است که می‌تواند به افزایش تمرکز و توجه بیماران مبتلا اسکیزوفرنی منجر شود. همچنین به نظر می‌رسد که بحث پیرامون علائم بیماری و تجارب غیرعادی صحبت در رابطه با احساسات و عواطف و پیامدهای رفتاری که این احساسات در پی داشته‌اند و نوشتن و درجه‌بندی انگیزه و احساسات در طی جلسات سبب

بهبود روانی کلامی در بیماران زن مبتلا به اسکیزوفرنی شده است.

همچنین در تبیین یافته به‌دست‌آمده در رابطه با اثربخشی مداخله توان‌بخشی روانی اجتماعی بر انتزاع کلامی می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های اجتماعی با بهره‌گیری از اصول رفتاردرمانی، ابزاری برای آموزش به افراد برای برقراری ارتباط، احساسات و بیان درخواست‌های فرد، طوری که برای رسیدن به اهداف و رفع نیازهایش در زندگی است که توان‌بخشی روانی اجتماعی می‌تواند در این امر مؤثر واقع شود. به نظر می‌رسد جلسات مداخله‌ای با تمرکز بر مهارت‌های حسی حرکتی، استفاده از موسیقی به همراه انجام تمرین‌های بدنی درشت و ظریف حرکتی هدفمند و درنهایت انجام بازی‌های فکری برای تقویت مهارت‌های شناختی (مانند کار با پازل، شناخت ساعت و اشکال هندسی)، بازی‌های مربوط به حافظه، چستان، شناخت اعداد، پیدا کردن اشیا با چشمان بسته، توانسته است بر انتزاع کلامی تأثیر گذارد. همچنین در تبیین ثبات میانگین نمرات در مرحله پیگیری و حفظ اثر درمان در بیماران می‌توان گفت که استفاده از اقتصاد ژتونی و انجام مکرر تمرین‌های پیش حرفه‌ای همچون داستان‌نویسی، خاطره‌نویسی، قصه‌درمانی در طی جلسات به تقویت و بهبود مؤلفه انتزاع کلامی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن منجر شده است.

براساس آنچه گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که رویکردهای فعال‌سازی رفتاری و توان‌بخشی روانی اجتماعی از جمله درمان‌هایی هستند که می‌توانند بر کارکردهای شناختی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مانند روانی کلامی، توجه و انتزاع کلامی تأثیر گذاشته و به بهبودی این کارکردهای شناختی منجر شوند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم برخورداری گروه کنترل از جلسه مشاوره‌های معمولی به‌منظور حذف اثر پلاسیبو گروه‌درمانی و عدم کنترل شرایط و ویژگی‌های مربوط به شرایط اقتصادی و خانوادگی (که از عوامل مؤثر در کاهش نشانه‌های اختلال سایکوتیک) بود. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود که با برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های فعال‌سازی رفتاری و توان‌بخشی روانی اجتماعی در مراکز نگهداری بیماران اعصاب و روانی، به افزایش مهارت‌های شناختی و اجتماعی این دسته از بیماران کمک کرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه کارکنان مرکز جامع توان‌بخشی بیماران روانی مزمن پراور شهرستان شهرضا که در راستای انجام این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌نماییم.

منابع

- اکبری، مریم و سعیدی، سهیلا (۱۳۹۶). اثربخشی توان‌بخشی روانی اجتماعی در کاهش علائم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۴(۳): ۲۱-۳۵.
- امساک، گلپتا، مولوی، حسین، چیت‌ساز، احمد، موحد ابطحی، مهسا و عسگری، کریم (۱۳۹۰). معرفی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ارزیابی شناختی مونترآل در بیماران مبتلا به پارکینسون. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۲۹(۱۵۸): ۱۶۰۶-۱۶۱۵.
- امینی‌خو، معصومه، اسکندری، حسین، فلسفی نژاد، محمد رضا، برج علی، احمد و پزشک، شهلا (۱۳۹۵). خود و اسکیزوفرنی (مطالعه مورد پژوهی). *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۱): ۲۰۱-۲۲۶.
- سهرابی، فرامرز (۱۳۹۴). روان‌درمانی های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم انداز، با تأکید ویژه بر طرحواره درمانی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۵(۱۸): ۱-۱۲.
- طاهری، سعادت و حسینی، سعیده (۱۳۹۵). اثربخشی توان‌بخشی روانی-اجتماعی بر کاهش علائم مثبت و منفی مبتلایان به اسکیزوفرنیای مزمن تحت پوشش بهزیستی شهر کرمانشاه، چهارمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.
- عطادخت، اکبر، محمدی، گلاویژ و محمدی، عیسی (۱۳۹۶). اثربخشی تمرینات ورزش هوازی در بهبود علائم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹(۲): ۱۰۷-۱۱۶.
- کاپلان، هرولد و سادوک، ویرجینیا (۱۳۹۶). *مرجع کامل روان‌پزشکی کاپلان-سادوک: اختلالات خلقی*. مترجم کمالوند، یحیی، تهران: ابن سینا.
- مارتل، کریستوفر و دیمیدجیان، سونا (۱۳۹۵). *درمان افسردگی با فعال‌سازی رفتاری: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*، مترجم نونهال، سامان و موسوی، علی، تهران: ارجمند.
- Akbari, M. and Saeidi, S. (2017). The Effectiveness of Psychosocial Rehabilitation in Reducing Negative Symptoms and Improving Social Skills of Chronic

- Schizophrenia Patients. Shenakht. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 4(3): 21-35 (Text in Persian).
- Aminikhoo, M., Eskandari, H., Falsafinejad, M., Borjali, A. and Pezeshk, S. (2016). Self and Schizophrenia (A case study). *Clinical Psychology Studies*, 6(21): 202-225 (Text in Persian).
- Atadokht, A., Mohammadi, G. and Mohammadi, I. (2017). The Effectiveness of Aerobic Exercise Training on Positive and Negative Symptoms of Patients with Schizophrenia. *Journal of Health and Care*, 19 (2):107-116 (Text in Persian).
- Baker, F. and Thompson, J. (1999). Two-year outcome of black patients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*.50(7): 535-539.
- Brekke, J. and Ansel, M. (1999). Intensity and continuity of services and functional outcomes in the rehabilitation of person with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50(2): 248-256.
- Choi, K., Jaekal, E. and Lee, Y. (2016). Motivational and behavioral activation as an adjunct to psychiatric rehabilitation for mild to moderate negative symptoms in individuals with schizophrenia: A proof-of-concept pilot study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1759. [DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01759]
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Sherwood, N. E., Simon, G. E., Ludman, E., Gallop, R. and Beck, A. (2017). A pragmatic randomized clinical trial of behavioral activation for depressed pregnant women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(1): 26-36.
- Dixon, T.L. and Williams, C.L. (2015). The Changing Misrepresentation of Race and Crime on Network and Cable News. *Journal of Communication*. 65(1): 24-39.
- Emsaki, G., Molavi, H., Chitsaz, A., Movahed Abtahi, M. and Asgari, K. (2011). Psychometric Properties of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Parkinson's Disease Patients in Isfahan. *Journal of Isfahan Medical School*, 4(3): 21-35 (Text in Persian).
- Horsburgh, J. and Ippolito, K. (2018). A skill to be worked at: using social learning theory to explore the process of learning from role models in clinical settings. *BMC medical education*. 18, 156. [DOI: 10.1186/s12909-018-1251-x]
- Kaczurkin, A. N. and Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3): 337-346.
- Kaplan, H. and Sadock, V. (2013). *The Kaplan-Sadok comprehensive psychiatric reference: mood disorders*. Translator, Kamalvand, Y. (2017). Tehran: Ebnesima. (Text in Persian).
- Krężolek, M., Pionke, R., Banaszak, B., Kokoszka, A. and Gawęda, Ł. (2019). *The relationship between jumping to conclusions and neuropsychological functioning in schizophrenia*. Psychiatry Research, in press.

- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. and Hopko, S. D. (2011). Ten-year revision of the brief behavioral activation treatment for depression (BATD): revised treatment manual (BATD-R). *Behavior Modification*. 35(2): 111-161
- Martel, C. and Daimidjian, S. (2016). *Treatment of depression with behavioral activation: a practical guide for clinicians*. Translator, Nonhnal, S. & Mousavi, A. (2016). Tehran: Arjmand. (Text in Persian).
- Morin, L. and Franck, N. (2017). Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 8:10. [DOI: 10.3389/fpsyt.2017.00100]
- Nas, K., Yazmalar, L., Şah, V., Aydın, A. and Öneş, K. (2015). Rehabilitation of spinal cord injuries. *World journal of orthopedics*. 6(1): 8–16.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V. and Collin, I. and et.al. (2005). The Montral cognitive assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of American Geriatrics Society*. 53(4): 695-699.
- Nazem, S., Siderowf, A. D, Duda, J. E., Have, T., Colcher, A. and Horn, S. S. (2009). Montreal Cognitive Assessment performance in Patients with Parkinson’s Disease with “Normal” Global Cognition According to Mini-Mental State Examination Score. *Journal of Ameican Geriatrics Society*. 57(2): 304-308.
- Penadés, R., Bosia, M., Catalán, R., Spangaro, M., García-Rizo, C., Amoretti, S. and Bernardo, M. (2019). *The role of genetics in cognitive remediation in schizophrenia: A systematic review*. Schizophrenia Research: Cognition, 100146.
- Sohrabi, F. (2015). The third wave of psychotherapy: Origins, Present status and Perspectives, with special emphasis on Schema therapy. *Clinical Psychology Studies*, 5(18): 1-12 (Text in Persian).
- Taheri, S. and Hosseini, S. (2016). *The effectiveness of psychosocial rehabilitation on reduction of positive and negative symptoms of patients with chronic schizophrenia in welfare coverage of Kermanshah*. Fourth Scientific Conference on Educational and Psychological Sciences, Social and Cultural Injuries, Iran, Tehran, Association for Development and Promotion of Fundamental Sciences and Technologies (Text in Persian).
- Tripathi, A., Kar, S. K. and Shukla, R. (2018). Cognitive Deficits in Schizophrenia: Understanding the Biological Correlates and Remediation Strategies. *Clinical psychopharmacology and neuroscience*. 16(1): 7–17.

Abstracts

Psychological Studies
Faculty of Education and Psychology,
Alzahra University

Vol.15, No.4
winter 2020

**The Comparison of the Effectiveness of Behavioral Activation
and Psychosocial Rehabilitation on Verbal Mental Cognitive
Functions, Abstraction and Attention in Women with Chronic
Schizophrenia**

Zahra Sadeghi Babokani¹, Ahmad Ghazanfari*²,

Reza Ahmadi³ and Maryam Chorami⁴

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of behavioral activation and psychosocial rehabilitation on verbal mental cognitive functions, abstraction and attention of women with chronic Schizophrenia. The research design was quasi-experimental with pretest-posttest with control group and follow-up. The statistical population of the study consisted of all women with chronic schizophrenia of Paravar Comprehensive Rehabilitation Center for Chronic Psychiatric Patients in Shahreza that 45 individuals were selected through purposive sampling and randomly divided into three groups of 15 each with behavioral activation, psychosocial rehabilitation and control. Participants in the two experimental groups completed in 12 sessions of 90-minute psychosocial activation and psychosocial rehabilitation, but the control group received no intervention. Subjects responded to the Montreal Cognitive Assessment Test in two stages. Research data were analyzed by variance analytical method with repetitive measurement. The result showed that behavioral activation

1. Ph.D. in Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran. tavanbakhshinoor@yahoo.com

2. Corresponding Author: Associate Professor, department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran. aghazan5@yahoo.com

3. Assistant Professor, department of psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran. rozgarden28@yahoo.com

4. Assistant Professor, department of psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran. choramimaryam@gmail.com

Submit Date: 2019-08-13 Accept Date: 2020-03-15

DOI: 10.22051/psy.2020.27804.1999

<https://psychstudies.alzahra.ac.ir/>

..... Psychological Studies Vol.15 , No.4, winter 2020

intervention increased verbal mental cognitive effectively and improved attention of women with chronic schizophrenia in the post-test phase. The results also showed that psychosocial rehabilitation could improve the verbal abstraction of women with chronic schizophrenia effectively in two stages, pre-test and post-test, and its effect remained constant over time. Therefore, behavioral activation intervention can be used to improve verbal mental cognitive functions, attention and psychosocial rehabilitation to improve the verbal abstraction of patients with chronic schizophrenia.

Keywords: *Behavioral activation, chronic schizophrenic, cognitive functions, psychosocial rehabilitation*