

کاربرد توانبخشی شناختی برای انواع اختلالات روانی

الهام باقری^۱، الهام فروزنده^۲

۱. کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.

۲. دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نایین، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره دوم، شماره دهم، مرداد ماه ۱۳۹۶، صفحات ۲۷-۱۴

چکیده

هدف توان بخشی بازگرداندن تمامی کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی آسیب‌دیده ناشی از بیماری هاست و منظور از توانبخشی شناختی یا نوروسایکولوژیک مجموعه‌ای از روش‌ها یا راهبردهای مداخله‌ای است که به منظور توانمندسازی درمان‌جویان یا بیماران روانپزشکی و خانواده‌های آنها صورت می‌گیرد. در این مقاله پس از معرفی دقیق توانبخشی شناختی، تاریخچه و انواع نظریه‌های موجود در این حیطه ارائه شده و سپس به مرور مطالعاتی پرداخته شده است که اخیراً از روش‌های توانبخشی شناختی در نمونه‌های مختلف بیماران و انواع اختلالات استفاده کرده‌اند و موثر بودن این روش‌های مداخله‌ای را گزارش نموده‌اند.

کلیدواژه‌ها: بازتوانی نوروسایکولوژیک، توانبخشی شناختی، شناخت

مقدمه

از نظر لغوی، توانبخشی^۱ از واژه لاتین (Re-habilis) اقتباس شده است که به معنی تناسب^۲+مجدد^۳ است و در آن "re" برای اشاره به توانایی قبلی فرد به کار رفته و هرگونه اقدام در جهت "تناسب مجدد" بیمار و یا "بازگرداندن" توانایی‌های از دست رفته" او را می‌رساند. به عبارت دقیق‌تر توانبخشی عبارت است از فرآیند تغییر فعال که به منظور توانمندسازی افراد مبتلا به آسیب یا بیماری صورت می‌گیرد، و هدف آن کسب دوباره سطح بهینه‌ای از کارکردهای از دست رفته است (آل بویه، ۱۳۹۳). طبق تعریف ارائه شده "توانبخشی" اصطلاحی عام بوده و هدف آن بازگرداندن تمامی کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی آسیب‌دیده ناشی از بیماری هاست.

طبق تعاریف موجود، شناخت^۴ عبارت است از "توانایی توجه، دریافت و درک اطلاعات به منظور تعدیل، یکپارچه‌سازی و نگهداری آنها که در راستای تعامل موثر با محیط است" و به تبع آن "توانبخشی شناختی" یا "توانبخشی نوروسایکولوژیک" را می‌توان چنین تعریف کرد: مجموعه‌ای از روش‌ها یا راهبردهای مداخله‌ای، که به منظور توانمندسازی درمان‌جویان یا بیماران و خانواده‌های آنها صورت می‌گیرد و هدف آن سازگاری، کنترل و کاهش نقایص شناختی است". با توجه به ماهیت اختلالات شناختی، اهداف توانبخشی شناختی در رده اول افزایش کارکرد از طریق سازگاری با بیماری (سازگار شدن فرد با نقص و بیماری) و هدف دوم آن، جلوگیری و کاهش رفتارهای ناسازگارانه و در نهایت جبران برخی از نقایص از دست رفته است (بارت و گونزالز راث، ۲۰۰۲). در یک جمع‌بندی کلی، موسسه ملی بهداشت آمریکا، هدف از کاربرد توانبخشی شناختی و رفتاری را افزایش توانایی فرد در پردازش و تفسیر اطلاعات و بهبود کارایی او در تمامی ابعاد زندگی اجتماعی و خانوادگی می‌داند (سولبرگ و متیر، ۲۰۰۱). در این مقاله علاوه بر ارائه تاریخچه‌ای از بازتوانی شناختی، به مرور کارایی این متد مداخله‌ای برای بیماران مبتلا به افسردگی پرداخته شده است.

تاریخچه بازتوانی شناختی

اولین متون به دست آمده در ارتباط با بازتوانی افراد آسیب مغزی به ۲۵۰۰ تا ۳۰۰۰ سال پیش در مصر باز می‌گردد که توسط لاکسور و اسمیت^۶ در سال ۱۸۶۲ گزارش شده است و در این زمینه می‌توان گفت شکل اولیه راهبردهایی که امروزه مورد استفاده قرار می‌گیرند، در قرن هجدهم میلادی توسط ایتارد به کار برده شده است. بک^۷ (۱۹۹۶) قدمت بازتوانی عصب روان شناختی را به اندازه خود عصب روان شناختی می‌داند. بازتوانی را به شکل تخصصی می‌توان مربوط به جنگ جهانی اول جهانی اول در آلمان

1 - Rehabilitation.

2 -suitable

3 -again

4-cognition

5- Scholberg & Mateer.

6 -Luxor & Smith

7-Boake

دانست. در آن زمان بیشترین تلاش برای زنده ماندن سربازانی که آسیب مغزی دیده بودند انجام می گرفت. بعدها گلدستاین^۱ (۱۹۴۲) بر اهمیت مشکلات شناختی و شخصیتی ناشی از آسیب مغزی تاکید کرد و به اصولی که در حال حاضر شکل دهنده راهبردهای بازتوانی شناختی است، اشاره نمود (توکلی، ۱۳۸۹). نیروی محرک بعدی برای بازتوانی در جریان جنگ جهانی دوم در آلمان، بریتانیا، اتحاد جماهیر شوروی و آمریکا به وجود آمد.

زانگویل^۲ در سال ۱۹۴۷ به اصول آموزشی مجدد اشاره کرد و به دنبال آن سه رویکرد جبران، جایگزینی و بازآموزی مستقیم را مطرح ساخت. در اتحاد جماهیر شوروی، در جریان جنگ جهانی دوم و بعد از آن، لوریا و همکاران وی - زمانی که لوریا مسئول ساخت بیمارستان برای سربازان آسیب دیده مغزی بود - مشغول بازتوانی شناختی بیماران آسیب دیده در جبهه های جنگ بودند. در این راستا نتایج تحقیقات لوریا و همکاران منابعی غنی از اطلاعات مربوط به بازتوانی شناختی را برای متخصصان عصب روانشناختی فراهم کرد.

در آمریکا نیز هرچند شروع بازتوانی از سال ۱۹۴۶ بود و اولین مرکز تحقیقی بازتوانی در بیمارستان رانچولوس آمیگو در کالیفرنیا دایر شده بود، با این وجود اولین برنامه بازتوانی شناختی توسط دیلر^۳ در نیویورک در سال ۱۹۷۶ طرح ریزی گردید. در سال ۱۹۸۷ ویلسون اظهار داشت که بازتوانی شناختی از سه حوزه در روانشناسی یعنی عصب روانشناسی، روانشناسی شناختی و روانشناسی رفتاری منشأ گرفته است، به گونه ای که عصب روانشناسی در فهم ساختار مغز، روانشناسی شناختی در ارائه الگوهای نظری و روانشناسی رفتاری در فراهم سازی راهبردهای درمانی اثر گذار بوده است (توکلی، ۱۳۸۹).

فرآیند شکل گیری توانبخشی شناختی

گسترش دانش درباره ساز و کار مغز با افزایش تولید و استفاده از ابزارهای تصویربرداری مغزی و بررسی دقیق تر آن - همزمان با وقوع انقلاب شناختی در دهه ۱۹۷۰ - موجب پدید آیی علوم میان رشته ای چون نوروسایکولوژی، نوروسایکولوژی شناختی، نوروسایکولوژی رفتاری و غیره شده است. این رویکردهای جدید، علاوه بر شناخت و بررسی کارکردهای مغز، در شکل گیری روش های نوین درمانی تاثیر بسزایی داشتند چرا که از این زمان، بهره گیری از مداخلات مبتنی بر قوانین نوروسایکولوژیک آغاز شده و اصطلاحاتی چون توانبخشی شناختی و توانبخشی نوروسایکولوژیک، در متون علمی وارد گردید.

علی بیگی (۱۳۸۹) معتقد است بر اساس پژوهش های موجود، اکثر مداخلات توانبخشی، معطوف به سه دسته کلی از بیماری ها بوده است:

^۱- Goldstein

^۲- Zangvil

^۳- Diller

۱. بیماری‌های کارکردی مغز مانند اسکیزوفرنیا

۲. بیماری‌های اکتسابی مغزی مانند ضربه مغزی و سکته مغزی

۳. بیماری‌های پیش‌رونده و تخریبی چون دمانس

پژوهش‌های اولیه توانبخشی عمدتاً با بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا صورت می‌گرفت. برای توانبخشی این بیماران معمولاً از رویکرد پردازش اطلاعات استفاده شده و تاثیرات آن را بر ارتباطات فرد، توجه به مسائل بیرونی و چگونگی واکنش‌های وی بررسی می‌شد. پس از جنگ دوم جهانی و با توسعه آزمون‌های نوروسایکولوژیک و یافتن مناطق احتمالی درگیر در فرآیندهای شناختی، توجه متخصصان معطوف به توانبخشی بیماران دچار آسیب مغزی گردید. مطالعات متعددی در این زمینه صورت گرفته است که برای توانبخشی بیماران آسیب مغزی به کار رفته‌اند.

اکثر پژوهش‌های جدیدتر در حوزه توانبخشی شناختی به یکی دو کارکرد شناختی آسیب‌دیده، مانند حافظه، توجه و جهت‌یابی معطوف بوده‌اند. لذا در پژوهش‌های موجود به جای استفاده از اصطلاح توانبخشی شناختی از اصطلاحاتی چون توانبخشی حافظه، توانبخشی توجه و غیره استفاده شده است (آل بویه، ۱۳۹۳).

رویکردهای توانبخشی شناختی

اگرچه بر اساس پژوهش‌ها، اطلاعات نسبتاً کمی درباره مکانیزم‌های بهبودی و چگونگی تاثیر مداخلات به دست آمده است و حوزه توانبخشی شناختی، با فقدان مدل‌های جامع توانبخشی مواجه است، اما رویکردهای چندی در این راستا اتخاذ گردیده و هر کدام علاوه بر احکام و فرضیه‌های مختلف، روش‌های متفاوتی دارند.

الف. ترمیم کارکرد آسیب‌دیده

جلیسکی^۱ (۲۰۰۲) معتقد است به طور کلی ترمیم کامل کارکرد آسیب‌دیده و رساندن آن به سطح پیش‌فرضی، اگرچه بسیار ارزشمند است اما در اکثر موارد، دور از واقعیت است. این رویکرد در صدد بهبود نقایص زیربنایی و به تبع آن بهبود کلی کارکردهای شناختی است. روش‌هایی که بر مبنای این رویکرد مورد استفاده قرار می‌گیرند، عمدتاً بر تحریک یا تمرین شناختی از طریق بسط و تمرینات تکراری تاکید داشته و اغلب از طریق تکالیف یا موادی انجام می‌شوند که کمتر تحت تأثیر شرایط بوم‌شناختی قرار می‌گیرند. مواردی همچون تمرینات تکراری برای ارقام، کلمات، اشکال، مکان‌ها و ... با امید به بازسازی مکانیسم‌های شناختی و نوروئی آسیب‌دیده انجام می‌گیرد. این رویکرد یکی از اولین رویکردهای توانبخشی حافظه است، اما در حال حاضر طرفداران اندکی دارد؛ چرا که اولاً این رویکرد در حکم "لباسی برای همه" است و ثوری خاصی آن را حمایت نمی‌کند. ثانیاً مواد مورد استفاده در آن، ارتباط اندکی با دنیای واقعی دارند. شواهد گوناگون مدعی هستند که تاثیر تمرینات، فقط به مواد تمرین‌شده محدود بوده و قابل

^۱-Glisky

تعمیم به دنیای واقعی نیست. ثالثاً این رویکرد چنین فرض می‌کند که تمرین و تحریک با ایجاد تغییر در شناخت و سطوح نورونی، موجب بهبود کارکردهای شناختی خواهد شد اما تا به حال هیچ یافته مثبتی در این باره به دست نیامده است (توکلی، ۱۳۸۹).

ب. بهینه‌سازی کارکرد باقیمانده

هدف این رویکرد یافتن راه‌هایی برای بهینه‌سازی استفاده از فرآیندهای آسیب‌دیده است. بهینه‌سازی کارکرد باقیمانده چنین فرض می‌کند که در بیمار مکانیزم‌های بهنجار پردازش شناختی موجود هستند، اما کارایی آن‌ها کاهش یافته و با مداخلات آموزشی می‌توان آن‌ها را به سطح بهینه رساند. تاکید اصلی این رویکرد بر توانمندسازی فرد در استفاده از فرآیندها و مهارت‌های حافظه و توجه است، که قبل از بیماری موجود بوده‌اند. این رویکرد با مدل ترمیم کارکرد متفاوت است زیرا اهداف آن اختصاصی‌تر بوده و بر مبنای یک تئوری استوار است. اما در اینجا نیز همانند رویکرد ترمیم، بیماران را به انجام تکالیفی ترغیب می‌کنند که قبل از آسیب انجام می‌دادند. بیشتر مداخلات در این چارچوب معطوف به این است که افراد چگونه از راهبردهای یادیار و دیگر تکنیک‌هایی که تاثیر آن‌ها برای افراد سالم ثابت شده استفاده کنند. به دلیل این که در رویکرد بهینه‌سازی کارکرد باقیمانده، بر استفاده از کارکردهای شناختی باقیمانده تاکید می‌شود، این رویکرد برای افرادی که مبتلا به آسیب خفیف تا متوسط هستند، بسیار مناسب است (توکلی، ۱۳۸۹).

ج. جبران کارکرد از دست رفته

زمانی که آسیب مغزی گسترده بوده و نقایص شناختی شدید باشند، بازتوانی اغلب متمرکز بر یافتن راه‌هایی می‌شود که به افراد در جایگزینی یا جبران نقایص کمک می‌کند. لذا با حمایت‌های بیرونی و تغییرات محیطی می‌توان افراد را در انجام تکالیف روزمره و کاهش تاثیرات ناشی از معلولیت توانا ساخت. مداخلات موجود در این زمینه عمدتاً در سطح رفتاری هستند و اقداماتی که فرآیندهای شناختی و عصبی زیربنایی را تحت تاثیر قرار می‌دهند، شامل نمی‌شوند. نقطه قوت این رویکرد، کاربرد گسترده و موفقیت چشمگیر آن در توانمندسازی افراد برای دستیابی به استقلال در امور روزانه است. اگرچه استفاده از حمایت‌های بیرونی برای افرادی که آسیب شدید دارند مناسب دانسته شده، اما بهره‌گیری از آن برای افراد دارای نقص خفیف شناختی نیز پیشنهاد می‌شود و در ترکیب با دیگر راهبردهای توانبخشی، نتیجه مطلوبی خواهد داشت (جلیسکی، ۲۰۰۲).

د. جایگزینی کارکرد سالم

این رویکرد همانند جبران کارکرد از دست رفته، فرض می‌کند که مکانیزم‌های شناختی و عصبی مورد نیاز برای حافظه و توجه بهنجار در بیماران نمی‌توانند به طور کامل ترمیم شده یا بهبود یابند اما با بهره‌گیری از فرآیندها و ساختارهای سالم شاید بتوان به بیمار کمک کرد. این رویکرد بر خلاف مدل بهینه‌سازی کارکرد باقیمانده، که در جهت حل مشکلات شناختی با استفاده از افزایش مکانیزم‌های کارآمد تلاش می‌کرد، به دنبال روشی نو و جایگزینی جدید برای انجام تکالیف شناختی است. این نظریه در اصل توسط

لوریا^۱ (۱۹۶۳) ارائه شده، و بر این امر تاکید دارد که مناطق سالم مغز در زمانی که ناحیه مجاور یا مشابه آن در یک نیمکره، یا نیمکره دیگر آسیب ببینند، به انجام وظایف نقاط آسیب‌دیده خواهند پرداخت. شواهد تجربی و مطالعات تصویربرداری مغزی نیز از این نظریه حمایت کرده‌اند. تاکید اصلی این رویکرد، بر دستیابی به نتایج خاص کارکردی چون یادگیری اطلاعات مربوط به زندگی روزمره است. علاوه بر این، یک فرض بنیادی در این رویکرد این است که تغییر هم در سطح شناختی و هم در سطح نورونی می‌تواند رخ دهد. اگرچه مکانیزم این تغییر هنوز کاملاً معلوم نیست و نیازمند بررسی بیشتر است. بهره‌گیری از کارکرد سالم و تعیین اینکه کدام یک از فرآیندهای حافظه و توجه بهنجار بوده و کدام فرآیند آسیب‌دیده است، به درک روشن از حافظه و توجه بهنجار نیاز داشته و به ارزیابی دقیق از مشکلات حافظه وابسته است (سولبرگ و متیر، ۲۰۰۱).

در ادامه، به بررسی سودمندی های توانبخشی شناختی بر انواع اختلالات در حوزه روانشناسی پرداخته شده است که در بخش هایی شامل توانبخشی شناختی برای سالمندان، کودکان، اختلالات و آسیب های عضوی مغزی، وسواس و سایر اختلالات روانی تقسیم بندی شده اند.

توانبخشی شناختی برای سالمندان

امینی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی تاثیر توان بخشی حافظه و توجه در کاهش نقایص حافظه سالمندان مبتلا به دمانس و آلزایمر پرداختند. در این پژوهش، ۸ بیمار مبتلا به آلزایمر خفیف تا متوسط انتخاب شده و ۱۲ جلسه توان بخشی (هفته ای ۲ جلسه) به مدت ۴۵ دقیقه تا ۱ ساعت برای آنان اجرا شد. نتایج این پژوهش نشان داده است که توان بخشی حافظه و توجه به عنوان یکی از رویکردهای جدید درمانی، پا به پای سایر مداخلات قادر است بر وضعیت حافظه بیماران سالمند مبتلا به دمانس و آلزایمر موثر بوده و موجب بهبود کیفیت زندگی آنها شود. لذا، مداخلات توان بخشی را می توان یکی از ارکان اصلی و ضروریات درمانی برای کاهش علائم و مشکلات ناشی از دمانس و آلزایمر دانسته و در کنار دیگر روش های درمان و کنترل بیماری از آن نیز بهره گرفت. عطری ابراهیم پور و همکاران (۱۳۹۲) نیز به بررسی تاثیر توانمندی سازی شناختی رایانه ای بر عملکرد حافظه فعال، توجه، توانایی زبان، توانایی دیداری - فضایی و سلیس و روان بودن کلام در افراد سالمند پرداختند. در این پژوهش گروه آزمایش که شامل ۱۵ نفر بود مداخله توانمندی سازی شناختی رایانه ای را به مدت ۲۰ جلسه ۳۰ دقیقه ای در طول ۸ هفته دریافت کردند. نتایج این پژوهش هم نشان داد که توانمندی سازی شناختی رایانه ای بر عملکرد شناختی (حافظه فعال، توجه، توانایی دیداری/فضایی، توانایی زبانی روان و سلیس بودن) تاثیرگذار است. از این رو توانمندی سازی شناختی رایانه ای می تواند در پیشگیری از بروز اختلالات شناختی سالمندان حائز اهمیت باشد.

توانبخشی شناختی برای کودکان

¹ Luria

عبدی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی اثربخشی تقویت حافظه دیداری به طریق بازی درمانی بر کاهش خطاهای املایی دانش آموزان دارای اختلال نوشتن پرداختند. در این مطالعه از بین ۳۰ دانش آموز دارای اختلال نوشتن به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵) و شاهد (۱۵) قرار گرفتند و گروه آزمایش به مدت ۲۰ جلسه و طی حدود ۳ ماه تحت آموزش و تقویت حافظه دیداری به طریق بازی درمانی قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشانگر این بود که تقویت حافظه دیداری دانش آموزان دارای اختلال نوشتن باعث کاهش خطاهای املایی آنها خواهد شد. این مداخله باعث شد دانش آموزان به فرایند نوشتن خود نظارت کنند و فعالیت خود را هدفمند سازند و در نهایت مهارت نوشتن صحیح کلمات را کسب کنند.

نیرمانی و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان تاثیر توانبخشی شناختی بر بهبود نگهداری توجه و پیشرفت تحصیلی ریاضی دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی^۱ انجام دادند. در این پژوهش ۳۲ دانش آموز مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی پایه چهارم، پنجم و ششم ابتدایی شهر اردبیل به صورت تصادفی انتخاب شدند که به مدت ۲۱ جلسه هفته ای ۲ الی ۳ بار در هفته برنامه توانبخشی شناختی را دریافت کردند نتایج این پژوهش نشان می دهد که دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی از توانایی نگهداری توجه و پیشرفت تحصیلی پایینی برخوردار بوده و آموزش توانبخشی شناختی با افزایش میزان توجه دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی می تواند پیشرفت ریاضی آنها را به دنبال داشته باشد. می توان نتیجه گرفت که از مداخله توانبخشی شناختی میتوان برای بهبود نگهداری توجه و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی استفاده کرد.

صانعی و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان اثربخشی بازآموزی اسنادی همراه با آموزش ویژه در بهبود حافظه دیداری و حافظه شنیداری دانش آموزان دارای اختلال دیکته مناطق روستایی انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش بازآموزی اسنادی توانست حافظه دیداری را در گروه آزمایش نیست به گروه کنترل بهبود بخشد و موثر بودن آموزش بازآموزی اسنادی به حافظه شنیداری رد می شود.

توانبخشی شناختی برای اختلالات عضوی مغز

پژوهشی با عنوان تاثیر توانبخشی توجه در کاهش نقایص توجه انتخابی و توجه مستمر مبتلایان مالتیپل اسکروزیس توسط خلیلی و همکاران (۱۳۹۱) انجام شده است. در این پژوهش ۶ بیمار براساس نمونه گیری قضاوتی انتخاب شدند و در ۲۱ جلسه ۴۵ دقیقه ای، سه بار در هفته مورد تمرینات توانبخشی توجه ساختار یافته قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد همه آزمودنی ها در مولفه های توجه انتخابی و توجه مستمر، بهبودی نشان دادند و اندازه اثر و درصد کاهش میانگین برای همه موارد بالا بود.

^۱ADHD

فلوویا^۱ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی اثر توانبخشی شناختی را بر توجه و کارکردهای اجرایی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروز مورد بررسی قرار دادند. به این منظور ارزیابی تأثیر یک برنامه آموزشی فشرده مبتنی بر کامپیوتر بر توجه، پردازش اطلاعات و کارکردهای اجرایی در بیماران مولتیپل اسکلروز صورت گرفت. این پژوهشگران بیست نفر را به طور تصادفی در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار داده و گروه آزمایش به مدت سه ماه توانبخشی شناختی توجه، پردازش اطلاعات و کارکردهای اجرایی را دریافت کردند. نتایج نشان داد توانبخشی شناختی توجه، پردازش اطلاعات و کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز موثر است و علاوه بر وضعیت شناختی آنان، به بهبود افسردگی این بیماران نیز کمک می کند.

صنعت نگار و رستمی (۱۳۹۳) پژوهشی را با عنوان آسیب مغزی تروماتیک و اثربخشی بازتوانی شناختی در بهبود توجه، حافظه و عملکرد اجرایی بیماران مبتلا به آسیب مغزی انجام رساندند. نتایج این پژوهش نشان داد بازتوانی شناختی مداخله اثربخشی برای بهبود کارکردهای شناختی بیماران دچار آسیب مغزی تروماتیک باشد.

ویولا^۲ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی به بررسی اثرات توانبخشی شناختی چندرشته ای و تأثیر آن را بر مبتلایان به بیماری آلزایمر خفیف پرداختند. در این پژوهش ۲۵ بیمار مبتلا به آلزایمر خفیف انتخاب شدند و به مدت ۱۲ هفته (دو بار در هفته) برنامه توانبخشی شناختی را دریافت کردند. برنامه شامل آموزش حافظه به کمک کامپیوتر، تحریک شناختی، فعالیت های بیانی (نقاشی، بیان کلامی، نوشتن)، فیزیوتراپی و تربیت بدنی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه توانبخشی شناختی چندرشته ای با ثبات شناختی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلزایمر خفیف همراه است و همچنین باعث کاهش قابل توجهی در علائم افسردگی این بیماران می شود. در نهایت این مطالعه این فرضیه را حمایت می کند که مداخلات غیر دارویی ساخت دارمی تواند مزایای کمی و بالینی مناسبی در درمان زوال عقل به همراه داشته باشند.

شمالی اسکویی و همکاران (۲۰۱۳) پژوهشی را با عنوان اثربخشی بازتوانی شناختی بر بهبود توجه انتخابی در بیماران مبتلا به اختلال شناختی خفیف را انجام دادند. در این پژوهش ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال شناختی مراجعه کننده به درمانگاه مغز و اعصاب در شهر تهران در سال ۲۰۱۲ انتخاب شدند که همه ۵۵ سال به بالا بودند. بیست نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل جای گرفتند و گروه آزمایش ۱۲ جلسه (دوروز در هفته) مداخله توانبخشی شناختی را دریافت کردند. نتایج این پژوهش تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر درصد تغییرات و اندازه محاسبه توجه انتخابی نشان داد. بنابراین می توان گفت که توانبخشی شناختی در ارتقای عملکرد توجه انتخابی موثر است.

توانبخشی شناختی برای بیماران دچار وسواس

1- Flavia

2- Viola

قمری گیوی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی در بازسازی کارکردهای اجرایی بیماران وسواسی - جبری پرداختند. در این پژوهش گروه آزمایش که شامل ۱۵ نفر بود ۱۰ جلسه تحت مداخله توان بخشی شناختی قرار گرفتند که هر جلسه به صورت انفرادی و به مدت ۳۰ الی ۴۵ دقیقه برگزار می شد. ۸ جلسه اول به تمرین متمرکز روی مفهوم سازی، انعطاف پذیری ذهنی و تغییر آماهی، آغازگری، طرح پذیری و بازداری پاسخ اختصاص داده شده و ۲ جلسه بعد مرور تمرینات فوق می باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه توانبخشی شناختی مفهوم سازی، انعطاف پذیری ذهنی، آغازگری و طرح پذیری و حافظه شنیداری بیماران وسواسی جبری را بهبود بخشیده است اما در بازداری پاسخ تاثیر مثبتی نمی گذارد، بنابراین توانبخشی شناختی در بازسازی کارکردهای اجرایی بیماران وسواسی - جبری موثر است.

در پژوهشی زارع و همکاران (۱۳۹۳) به مقایسه توجه انتخابی بین بیماران افسرده، وسواسی، اضطرابی و افراد عادی پرداختند. برای بررسی هدف پژوهش گروه نمونه ای به اندازه ۱۲۰ نفر (۳۰ افسرده، ۳۰ اضطرابی، ۳۰ وسواس فکر عملی و ۳۰ نفر عادی) با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند که با آزمون استروپ (رنگ واژه) مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج نشان داد که افراد افسرده در زمان واکنش سرعت عمل کندتری در مقایسه باشد گروه دیگر دارد. و همچنین افراد اضطرابی و افراد وسواسی در مقایسه با افراد عادی سرعت عمل کندتری دارند، اما سریعتر از افراد افسرده واکنش نشان می دهند. در زمینه تعداد خطا نتایج نشان داد افراد افسرده در مقایسه با افراد عادی تعداد خطاهای بیشتری دارند، اما بین سایر گروهها در این زمینه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

احمدی بیجق و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی به مقایسه توجه انتخابی و حافظه کاری افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی و افسرده با افراد بهنجار پرداختند. یافته های پژوهش نشان داد که توجه انتخابی سرگروه افسرده، وسواس و بهنجار تفاوت معنادار ندارد، اما حافظه کاری افراد سرگروه تفاوت معنادار دارد و افراد افسرده در تمامی زیر مقیاس های آزمون حافظه کاری ضعیف تر از افراد بهنجار است و نتیجه این پژوهش نشان می دهد که مشکل اصلی بیماران مبتلا بر افسردگی آسیب های حافظه کاری آنان باشد که بر اثر عواملی چون افزایش پیچیدگی تکلیف گنجایش محدود حافظه، کاهش انگیزش و کندی روانی - حرکتی، که خود از عوامل محدود کننده کارکرد شناختی افراد افسرده نیز به شمار می روند به وجود می آید.

توانبخشی شناختی برای دیگر بیماری های روانی

علی بیگی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان گروهی ترمیم شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با سیر طولی پرداختند. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان ترمیم شناختی در کاهش نشانه های بالینی و بهبود کارایی شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شد. در این تحقیق گروه آزمایش که شامل ۲۰ نفر بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا بود به مدت ۱۶ جلسه

درمان ترمیم شناختی دریافت کرد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان ترمیم شناختی که مبتنی بر شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران است، می تواند در بهبود نارسایی های شناختی و کاهش نشانه های بیماری نقش موثر داشته باشد.

پنادس^۱ و همکاران (۲۰۰۶) در یک بررسی کنترل شده تصادفی بر روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن از درمان بازتوانی شناختی استفاده کردند. به منظور ارزیابی اثربخشی درمان بر روی عملکرد عصب شناختی و عملکرد روانی، اجتماعی و نشانه های اختلال از یک گروه درمان شناختی-رفتاری به عنوان گروه کنترل استفاده کردند. از آنجایی که درمان شناختی-رفتاری منجر به کاهش مشکلات هیجانی شده و علائم مثبت اسکیزوفرنیا را بهبود می بخشد و تمرکز آن بر تغییر باورهای غیرمنطقی و طحوااره هاست، با دستاوردهای مورد انتظار در درمان بازتوانی شناختی متفاوت بود. آنها بر اساس ملاک های DSM-IV برای تشخیص اسکیزوفرنیا ۴۰ بیمار را به طور تصادفی انتخاب کردند و به طور تصادفی بیماران را در دو گروه درمان بازتوانی شناختی و درمان شناختی-رفتاری جای دادند. علاوه بر این از یک گروه ۲۰ نفری که درمان دارویی معمول را بدون هیچ درمان روان شناختی دریافت می کردند به عنوان گروه کنترل دوم استفاده شد. درمان ۴ ماه به طول انجامید. اندازه گیری های مکرر قبل و بعد از درمان صورت گرفت و در انتها پس از ۶ ماه ارزیابی پیگیری صورت گرفت. نتایج نشان داد که درمان بازتوانی شناختی منجر به بهبود عملکرد در تمام زمینه های عصب شناختی، حافظه کلامی و غیر کلامی و عملکرد اجرایی شده است.

ویکز^۲ و همکاران (۲۰۰۷) مطالعه ای با عنوان درمان بازتوانی شناختی در اسکیزوفرنیا انجام دادند. فرض آنها این بود که نقائص شناختی با عملکرد ضعیف در درازمدت ارتباط دارد و لذا درمان بازتوانی شناختی را به عنوان درمانی برای کاهش نقائص شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به کار برده اند. بدین منظور ۸۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا که از نقص شناختی و اشکال در رفتارهای اجتماعی رنج می برند انتخاب شدند و ۴۰ جلسه درمانی بازتوانی شناختی با درمان های معمول در مورد آنها اجرا شد. نتایج نشان داده است که بهبود دراز مدتی در حافظه فعال و انعطاف پذیری شناختی رخ داده است. بهبود حافظه منجر به بهبود در عملکرد های اجتماعی آنها شده است.

نبی دوست و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی را با عنوان بررسی و مقایسه نارسایی های شناختی، نارسایی های حرکتی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال دو قطبی انجام دادند. براساس نتایج این پژوهش توجه به اهمیت و نقش شناخت و بررسی نارسایی های شناختی، حرکتی و کیفیت زندگی می تواند به بهبود سلامت روان و کاهش خطاهای شناختی و بهبود کیفیت زندگی این بیماران منجر شود.

1- Penades

2- Wykes

دیکرزیچ^۱ و همکاران (۲۰۱۰) پژوهشی را با عنوان توانبخشی شناختی برای اختلال دوقطبی انجام دادند. آنها براین باور بودند که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دارای علائم افسردگی باقیمانده و اختلال شناختی هستند. به عنوان مثال مشکلاتی در عملکرد اجرایی، توجه و حافظه. هدف این پژوهش بررسی این است که آیا یک اصلاح شناختی جدید می تواند با بهبود علائم افسردگی باقیمانده و اختلال شناختی این بیماران همراه باشد؟ به دنبال این هدف ۱۸ نفر مبتلا به اختلال دوقطبی به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و طی ۱۴ جلسه فردی تحت درمان توانبخشی شناختی قرار گرفتند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان توانبخشی شناختی بهبود نشانه های افسردگی و اختلال شناختی و عملکرد اجرایی، توجه و حافظه را به دنبال دارد. علاوه براین اثرات مطلوبی بر عملکرد شغلی و روانی دارد.

جمع بندی و نتیجه گیری

در دهه اخیر توانبخشی شناختی در مورد مبتلایان به اختلالاتی که نارسایی های شناختی در حوزه حافظه و یا توجه داشتند مورد بررسی قرار گرفته است که می توان به مواردی مانند آلزایمر، آسیب مغزی خفیف، وسواس، اسکیزوفرنی و بیش فعالی اشاره کرد. اکثر پژوهش های جدیدتر در حوزه توانبخشی شناختی به یکی دو کارکرد شناختی آسیب دیده، مانند حافظه، توجه و جهت یابی معطوف بوده اند. لذا در پژوهش های موجود به جای استفاده از اصطلاح توانبخشی شناختی از اصطلاحاتی چون توانبخشی حافظه، توانبخشی توجه و غیره استفاده شده است. پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی، اثر مداخله های توانبخشی شناختی بر اختلالاتی مانند افسردگی که کمتر بدان پرداخته است، مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- آل بویه، م. (۱۳۹۳). بررسی اثر بخشی درمان بازتوانی شناختی در بهبود عملکردهای شناختی و کاهش علائم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنیای پارانوئید و غیر پارانوئید بستری شده در بیمارستان روانپزشکی رازی شهر تهران. پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- احمدی بجق، آ. بخشی پور، ب. سعیدی نژاد، ح. احمدی بجق، س. (۱۳۹۳). مقایسه توجه انتخابی و حافظه کاری افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی و افسرده با افراد به هنجار (از دیدگاه نوروسایکولوژی). فصلنامه تازه های علوم شناختی، سال شانزدهم. شماره ۲.
- امینی، م. دولتشاهی، ب. دادخواه، ا. لطفی، م. (۱۳۹۲). اثر توانبخشی شناختی در کاهش نقایص شناختی سالمندان مبتلا به دمانس آلزایمر. مجله سالمندان ایران، سال پنجم، شماره ۱۵.

1- Deckersbach,

- توکلی، م. (۱۳۸۹). ارزیابی و بازتوانی حافظه در بیماران صرع لوب گیجگاهی مقاوم به درمان. پایان نامه برای دریافت درجه دکتری در رشته روانشناسی عمومی. دانشگاه اصفهان.
- زارع، ح. مرادی، ک. قاضی، ش. صفری، ن. لطفی، ر. (۱۳۹۳). مقایسه توجه انتخابی بین بیماران افسرده، سواسی، اضطرابی و افراد عادی. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان. دوره شانزدهم. شماره ۳. مسلسل ۶۱.
- خلیلی، ل. دولتشاهی، ب. فرهودی، م. پورشهبازی، ع. نیکنام، ز. (۱۳۹۱). تأثیر توانبخشی توجه در کاهش نقایص توجه انتخابی و توجه مستمر مبتلایان مالتیپل اسکلروزیس. فصلنامه پژوهش های نوین. سال هفتم. شماره ۲۶.
- صانعی، ف. کارشکی، ح. غنائی چمن آباد، ع. شکیبیا، ا. (۱۳۹۳). اثربخشی بازآموزی اسنادی همراه با آموزش ویژه در بهبود حافظه دیداری و حافظه شنیداری دانش آموزان دارای اختلال دیکته مناطق روستایی. دومین همایش ملی روانشناسی تربیتی، تاریخ ۱۳۹۳/۳/۱. دانشگاه تربیت دبیر رجایی.
- صنعت نگار، س. (۱۳۹۳). آسیب مغزی تروماتیک و اثربخشی بازتوانی شناختی در بهبود توجه، حافظه و عملکرد اجرایی بیماران مبتلا. مجله رویش روانشناسی. سال ۳، شماره ۷.
- قمری گیوی، ح. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی شناختی در بازسازی کارکردهای اجرایی بیماران و سواسی - جبری. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی. شماره شانزدهم، سال چهارم.
- عبدی، ا. کرمی، م. حاتمی، ج. (۱۳۹۱). اثربخشی تقویت حافظه دیداری به طریق بازی درمانی بر کاهش خطاهای املایی دانش آموزان دارای اختلال نوشتن. مجله پژوهش در علوم شناختی. سال هشتم. شماره ۴.
- عطری ابراهیم پور، ر. باباپورخیرالدین، ج. احمدی، م. (۱۳۹۲). تأثیر توانمندسازی شناختی رایانه ای بر عملکرد حافظه فعال، توجه، توانایی زبان، توانایی دیداری فضایی و سلیس و روان بودن افراد سالمند. فصلنامه آموزش و ارزشیابی، سال ششم. شماره ۲۴. ۹۳-۱۱۰.
- علی بیگی، ن. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان تلفیقی شناختی - رفتاری و بازتوانی شناختی در کاهش علائم و بهبود عملکرد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا. رساله ی دکترای تخصصی روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- علی بیگی، ن. محمدخانی، پ. مزینانی، ر. دولتشاهی، ب. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان گروهی ترمیم شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با سیر طولی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۵۲، ۴۴-۱.
- نبی دوست، ع. ابوالقاسمی، ع. پورعبدل، س. دریادل، ج. (۱۳۹۳). بررسی و مقایسه نارسایی های شناختی، نارسایی های حرکتی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. دوره هفدهم، شماره ۴. ۱-۱۰.

نریمانی، م. سلیمانی، ا. تبریزی، ن. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر توانبخشی شناختی بر بهبود نگهداری توجه و پیشرفت تحصیلی ریاضی دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه / بیش فعالی. مجله روانشناسی مدرسه، دوره ۴، شماره ۲، ۱۱۸-۱۳۴.

Barret, A.M.Gonzalez-Roth, L. J. (2002). Theoretical basis for neuropsychological interventions. In Slinger, P.J. (eds). *Neuropsychological interventions*. (pp. 11-37). New York: The Guilford press.

Deckersbagh, T. Nierenberg, A.A. Kessler, R. Lund, H.G. Ametrano, R. Sachs, G. Rauch, S.L. Dougherty, D. (2010). Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: An open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS Neuroscience & Therapeutics*. 16.298-307..

Flavia, M. Stampatori, CH. Zanotti, D. Parrinello, G. Capra, R. (2009). Efficacy and specificity of intensive cognitive rehabilitation of attention and executive functions in multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences* 288 (2011). 101-105.

Glisky, E. L. Glisky, M.L. (2002). Learning and memory impairment In: Eslinger, P.J. *Neuropsychological Interventions: Clinical Research & practice*. (pp. 3-15). New York: The Guilford press

- 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): 310-323.

Shomali Oskoei, A. Nejati, V. Ajilchi, B. (2013). The effectiveness of cognitive rehabilitation on improving the selective attention in patients with mild cognitive impairment. *Journal of behavioral and brain science*. 2013. 3. 474-478.

Sohlberg M M, Mateer C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. Guilford Press: New York..

Viola, L.F. Nunes, P. V. Yassuda, M.S. Arahamian, I. Santos, F.S. Santos, G.D.

Brum, P.S. Borges, S.M. Oliveira, A.M. Chaves, G.F.S. Ciasca, E.C. (2011). *Clinical science* 2011: 66(8). 1395-1400.

Wykes, T., Reeder, C., Landou, S.S., Everitt, B., Knapp, M., and et al. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia. Randomized controlled trial. *British journal of psychiatry*, 190, 421-427..

Abstract

The goal of rehabilitation is to restore all of the physical, psychological and social function of patients that are caused by illnesses. And the purpose of cognitive rehabilitation or neropsychological is a set of intervening methods or strategies which is aimed at empowering therapists or psychiatric patients and their families. In this article after advertent persentation of cognitive rehailitaton, the history and the variety of theories are provided in this field. After that to review studies has been discussed about cognitive rehabilitation methods have been used for several patients and different types of disorders recently and the effectiveness of these interventions has been reported..

Key words: neropsychological rehabilitation, cognitive rehabilitation, cognition