

# The Effectiveness of Recovery-Oriented Cognitive Therapy on Positive and Negative Symptoms and Cognitive Insight in Patients with Chronic Schizophrenia

Hadise Eyvazzadeh Gharajeh<sup>1</sup>, Samira Talebi<sup>1</sup>, Shayan Farzizadeh<sup>2</sup>, Akbar Atadokht<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Clinical Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

<sup>2</sup>Department of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

## Article Info:

Received: 3 Sep 2025

Revised: 27 Oct 2025

Accepted: 22 Nov 2025

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic schizophrenia is one of the most disabling psychiatric disorders, characterized by positive and negative symptoms, as well as deficits in cognitive insight. Given the limited effectiveness of pharmacological treatments, examining novel psychological interventions is of particular importance. This study aimed to evaluate the effectiveness of recovery-oriented cognitive therapy in reducing positive and negative symptoms and enhancing cognitive insight in patients with chronic schizophrenia. **Materials and Methods:** This semi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and one-month follow-up. The sample consisted of 30 patients with chronic schizophrenia residing in rehabilitation centers in Ardabil, Iran, who were selected through convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups in equal numbers. The experimental group received eight 60-minute recovery-oriented cognitive therapy sessions over four weeks, while the control group received no intervention. The data were collected using the Positive and Negative Syndrome Scale and the Beck Cognitive Insight Scale. **Results:** The results indicated that recovery-oriented cognitive therapy led to a significant reduction in positive symptoms, negative symptoms, and disorganization within the experimental group over time; however, the interaction effect between group and time did not reach statistical significance. Moreover, recovery-oriented cognitive therapy significantly improved cognitive insight, including increased self-reflectiveness and decreased self-certainty. These changes remained stable at the one-month follow-up. **Conclusion:** Recovery-oriented cognitive therapy may serve as a complementary approach to partially reducing psychotic symptoms and enhancing cognitive insight in patients with chronic schizophrenia. The relative stability of these effects indicates that the implementation of recovery-oriented cognitive therapy within psychiatric rehabilitation centers may offer meaningful clinical benefits.

## Keywords:

1. Cognitive Behavioral Therapy
2. Psychotic Disorders
3. Rehabilitation
4. Cognition
5. Chronic Disease

\*Corresponding Author: Akbar Atadokht

Email: [ak\\_atadokht@yahoo.com](mailto:ak_atadokht@yahoo.com)

## اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهبود بر علائم مثبت و منفی و بینش شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن

حدیثه عیوض زاده قراجه<sup>۱</sup>، سمیرا طالبی<sup>۱</sup>، شایان فرضی زاده<sup>۲</sup>، اکبر عطادخت<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران  
<sup>۲</sup>گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

### اطلاعات مقاله:

پذیرش: ۱ آذر ۱۴۰۴

اصلاحیه: ۵ آبان ۱۴۰۴

دریافت: ۱۲ شهریور ۱۴۰۴

### چکیده

**مقدمه:** اسکیزوفرنی مزمن یکی از ناتوان کننده ترین اختلالات روانپزشکی است که با علائم مثبت و منفی و همچنین نقص در بینش شناختی مشخص می شود. با توجه به محدودیت اثربخشی درمان های دارویی، بررسی مداخلات روانشناختی نوین از اهمیت ویژه ای برخوردار است. پژوهش حاضر باهدف ارزیابی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی در کاهش علائم مثبت و منفی و ارتقای بینش شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن انجام شد. **مواد و روش ها:** این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه انجام شد. نمونه شامل ۳۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن ساکن در مراکز توانبخشی شهر اردبیل بود که با روش در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تخصیص یافتند. گروه آزمایش طی چهار هفته در هشت جلسه ۶۰ دقیقه ای درمان شناختی مبتنی بر بهبودی شرکت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای دریافت نکرد. برای سنجش متغیرها از مقیاس علائم مثبت و منفی (PANSS) و مقیاس بینش شناختی بک استفاده شد. **یافته ها:** یافته ها نشان داد درمان شناختی مبتنی بر بهبودی منجر به کاهش معنی دار علائم مثبت، علائم منفی و نابسامانی در گروه آزمایش در طول زمان شد؛ با این حال، اثر تعاملی گروه و زمان از نظر آماری معنی دار نبود. همچنین این درمان بهبود چشمگیری در بینش شناختی شامل افزایش خودبازتابی و کاهش قطعیت نسبت به باورها ایجاد کرد. این تغییرات در پیگیری یک ماهه نیز پایدار ماند. **نتیجه گیری:** درمان شناختی مبتنی بر بهبودی می تواند به عنوان رویکردی مکمل برای کاهش نسبی علائم روان پریشی و تقویت بینش شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن مورد استفاده قرار گیرد. پایداری نسبی آثار این درمان نشان می دهد اجرای آن در مراکز توان بخشی روانپزشکی می تواند سودمندی بالینی قابل توجهی به همراه داشته باشد.

### واژه های کلیدی:

- ۱- درمان شناختی رفتاری
- ۲- اختلالات روانی
- ۳- توان بخشی
- ۴- شناخت
- ۵- بیماری مزمن

\*نویسنده مسئول: اکبر عطادخت

پست الکترونیک: ak\_atadokht@yahoo.com

## مقدمه

بینش شناختی به توانایی فرد در ارزیابی و بازنگری افکار و باورهای خود اطلاق می‌شود و شامل دو مؤلفه‌ی «خوداندیشمندی»<sup>۵</sup> و «اطمینان به خود»<sup>۶</sup> است (۱۳). در واقع، بینش شناختی مفهومی است که به توانایی فرد در شناخت و ارزیابی افکار، باورها و تجربیات ذهنی خود اشاره دارد و با خودآگاهی متعارف در مورد ابتلا به بیماری روانی متفاوت است. این بینش بیشتر بر جنبه‌های فراشناختی مانند توانایی اصلاح باورهای نادرست و تردید در تفسیرهای اشتباه از واقعیت تمرکز دارد (۱۴-۱۵). در اسکیزوفرنی مزمن، بیماران اغلب افکار غیرمنطقی خود را واقعی تلقی می‌کنند و تردیدی نسبت به آن‌ها ندارند (۱۶، ۱۵). این مسئله نه تنها به پایداری علائم مثبت مانند توهم و هذیان دامن می‌زند بلکه بر پذیرش درمان، پایبندی دارویی و پیش‌آگهی کلی بیماری نیز اثر منفی دارد (۱۷). بنابراین، ارتقای بینش شناختی می‌تواند نقشی اساسی در بهبود روند درمانی و بازتوانی بیماران ایفا کند

اسکیزوفرنی یک بیماری با پایه زیستی قوی است (۱۹، ۱۸). بنابراین، درمان دارویی همچنان خط اول مداخله در اسکیزوفرنی محسوب می‌شود، اما شواهد نشان داده‌اند که داروهای ضدروان‌پریشی<sup>۷</sup> به‌ویژه در کاهش علائم منفی و اختلالات شناختی کارایی محدودی دارند و در بسیاری از بیماران، عود علائم همچنان مشاهده می‌شود (۲۱، ۲۰). همچنین این داروها می‌تواند عوارضی به همراه داشته باشند (۲۲). در پاسخ به این محدودیت‌ها، رویکردهای روان‌درمانی تکمیلی<sup>۸</sup> توسعه یافته‌اند. در میان این رویکردها، درمان شناختی-رفتاری (CBT)<sup>۹</sup> دارای نتایج شواهدمحور بیشتری است. فراتحلیل‌ها نشان می‌دهند CBT می‌تواند در کاهش برخی علائم مثبت و بهبود کارکردهای بیماران مؤثر باشد (۲۴، ۲۳). با این حال، برخی مطالعات محدودیت‌هایی را گزارش کرده‌اند؛ از جمله عدم کاهش معنی‌دار نرخ عود در بیماران مزمن (۲۵). برای رفع این چالش‌ها، درمان شناختی مبتنی بر بهبودی معرفی شده است. این رویکرد ریشه در CBT دارد، اما به‌جای تمرکز صرف بر کاهش علائم، بر ارتقای امید، توانمندسازی، بازتعریف هویت فردی و مشارکت فعال بیماران در روند زندگی تأکید می‌کند. درمان شناختی مبتنی بر بهبودی به بیماران کمک می‌کند تا باورهای منفی خود را بازنگری کنند و به سمت اهداف

اسکیزوفرنی<sup>۱</sup> یکی از جدی‌ترین اختلالات روانپزشکی مزمن است که تقریباً تمامی ابعاد زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال با الگوی پیچیده‌ای از اختلالات شناختی، هیجانی، ادراکی، رفتاری و اجتماعی همراه است و در بیشتر موارد منجر به افت شدید کیفیت زندگی و کاهش کارکردهای فردی و اجتماعی می‌شود (۱). بر اساس مطالعات بین‌المللی، شیوع اسکیزوفرنی در جمعیت عمومی حدود یک درصد برآورد شده است (۲). این آمار نشان می‌دهد که میلیون‌ها نفر در سراسر جهان با این اختلال زندگی می‌کنند و بار بیماری ناشی از آن در کشورهای مختلف بسیار قابل توجه است (۳). در ایران نیز بر اساس یک درصد شیوع، تخمین زده می‌شود حدود ۸۰۰ هزار نفر به اسکیزوفرنی مبتلا باشند که بار بالینی، اجتماعی و اقتصادی سنگینی بر دوش خانواده‌ها و نظام سلامت کشور وارد می‌کند. برای نمونه، گزارش‌های محلی در استان خراسان رضوی نشان می‌دهد که بیش از ۷۰۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن در مراکز توان‌بخشی و خانه‌های حمایتی شبانه‌روزی نگهداری می‌شوند (۴). این ارقام اهمیت توجه به مداخلات درمانی مؤثر برای این بیماران را دو چندان می‌کند.

اسکیزوفرنی به‌طور معمول با مجموعه‌ای از علائم مثبت<sup>۲</sup> مانند توهم، هذیان و آشفتگی تفکر و علائم منفی<sup>۳</sup> مانند بی‌انگیزگی، فقر هیجانی و کناره‌گیری اجتماعی همراه است (۵). علاوه بر این، بسیاری از بیماران با اختلالات شناختی نظیر مشکلات توجه، حافظه‌ی فعال، یادگیری و انعطاف‌پذیری شناختی دست‌وپنجه نرم می‌کنند (۶، ۷). ترکیب این علائم موجب افت شدید عملکرد اجتماعی و شغلی بیماران می‌شود. از سوی دیگر، علائم منفی اغلب با افسردگی و مشکلات هیجانی هم‌بودی دارند و این مسئله هم به افزایش رنج بیماران و هم به خطر بالاتر خودکشی منجر می‌شود (۹، ۸). همچنین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در تعاملات بین‌فردی با مشکلات جدی مواجه‌اند؛ آن‌ها در تشخیص هیجانات دیگران، درک نشانه‌های اجتماعی و برقراری روابط پایدار ناتوان هستند (۱۰-۱۲). یکی از عوامل کلیدی در تداوم این مشکلات، کاهش بینش شناختی<sup>۴</sup> است (۱۱، ۱۲).

<sup>1</sup> Schizophrenia

<sup>2</sup> Positive symptoms

<sup>3</sup> Negative symptoms

<sup>4</sup> Cognitive insight

<sup>5</sup> Self-reflectiveness

<sup>6</sup> Self-certainty

<sup>7</sup> Antipsychotic medications

<sup>8</sup> Adjunctive Psychotherapeutic Approaches

<sup>9</sup> Cognitive-Behavioral Therapy

اسکیزوفرنی در کشور، مطالعه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر این شاخص‌های کلیدی می‌تواند یافته‌های ارزشمندی برای بهبود خدمات درمانی و توان بخشی بیماران فراهم کند. بنابراین، خلأ نظری موجود در این حوزه به کمبود شواهد تجربی درباره تأثیر درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر مؤلفه‌های شناختی و علائم بالینی بیماران اسکیزوفرنی مزمن برمی‌گردد؛ در حالی که خلأ عملی مربوط به فقدان مطالعات کاربردی در محیط‌های توان بخشی و بستری ایران است که بتوانند راهنمایی برای ادغام درمان شناختی مبتنی بر بهبودی در نظام درمانی کشور ارائه دهند در مجموع، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن به دلیل شدت و پایداری علائم خود، نیازمند رویکردهای درمانی مؤثر و جامعی هستند که علاوه بر بهبود وضعیت روانی، به ارتقای عملکرد اجتماعی و عاطفی آنان نیز کمک کند. با توجه به عوارض دارودرمانی و اثربخشی محدود درمان شناختی-رفتاری در بهبود علائم پایدار اسکیزوفرنی، درمان شناختی مبتنی بر بهبودی به عنوان رویکردی نوین مطرح شده است که مطالعات بین‌المللی اثربخشی آن را در بهبود علائم و ارتقای کیفیت زندگی بیماران نشان داده‌اند. از سوی دیگر، با وجود گسترش درمان‌های گیردارویی در سال‌های اخیر، بخش عمده‌ای از مداخلات موجود بر کاهش مستقیم علائم تمرکز دارند و کمتر به سازوکارهای روانشناختی زیربنایی مانند بینش شناختی، امید و احساس عاملیت می‌پردازند. همچنین بیشتر پژوهش‌ها در جمعیت‌های سرپایی یا بیماران با شدت خفیف‌تر انجام شده و شواهد اندکی در خصوص اثربخشی این درمان‌ها در بیماران مزمن بستری وجود دارد. در ایران نیز مطالعات کنترل شده در زمینه اجرای درمان‌های نوین مبتنی بر بهبودی تقریباً گزارش نشده است. این شکاف‌ها نشان می‌دهد که بررسی کارآمدی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی در بیماران مزمن می‌تواند گامی مؤثر در تکمیل شواهد جهانی و بومی‌سازی درمان‌های گیردارویی برای اسکیزوفرنی باشد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر کاهش نشانگان مثبت و منفی و ارتقای بینش شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن طراحی شد. بر اساس پیشینه نظری و یافته‌های تجربی، فرضیه‌های زیر تدوین شدند (۱) درمان شناختی مبتنی بر بهبودی، علائم مثبت بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن را کاهش می‌دهد. (۲) درمان شناختی مبتنی بر بهبودی، علائم منفی

شخصی، معنا و کیفیت زندگی بالاتر حرکت کنند (۲۷)، (۲۶). این رویکرد نه تنها به بازسازی شناخت‌ها بلکه به حمایت از بیماران در مسیر بهبودی پایدار می‌پردازد (۲۸). پژوهش‌های بین‌المللی نیز اثربخشی این رویکرد را نشان داده‌اند؛ برای مثال، گرنِت و همکاران<sup>۱۰</sup> گزارش کردند که درمان شناختی مبتنی بر بهبودی در بیماران با عملکرد پایین به کاهش علائم مثبت و بهبود عملکرد اجتماعی منجر شد (۲۹). همچنین، در مطالعه‌ای دیگر، گرنِت و همکاران اثربخشی پایدار درمان شناختی مبتنی بر بهبودی را در پیگیری شش ماهه گزارش کردند (۳۰). نوآک و همکاران<sup>۱۱</sup> نیز دریافتند که درمان شناختی مبتنی بر بهبودی اعتماد به نفس، امید و عملکرد روانی-اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را بهبود می‌بخشد (۳۱). گزارش‌های موردی نیز نشان داده‌اند که درمان شناختی مبتنی بر بهبودی حتی در بیماران بسیار مزمن مؤثر است؛ برای مثال، بک و همکاران<sup>۱۲</sup> موفق شدند چرخه‌ی ۲۰ ساله بستری مکرر یک بیمار اسکیزوفرنی را با استفاده از درمان شناختی مبتنی بر بهبودی متوقف کنند (۳۲). از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش درمان شناختی مبتنی بر بهبودی به کارکنان مراقبتی می‌تواند جو روان‌درمانی در محیط‌های بستری را بهبود بخشد و نیاز به روش‌های محدودکننده مانند انزوا را کاهش دهد (۳۳). این یافته نشان می‌دهد درمان شناختی مبتنی بر بهبودی نه تنها بر بیماران بلکه بر محیط‌های بالینی نیز اثر مثبت دارد. در مقایسه با سایر مداخلات گیردارویی مانند درمان بازتوانی شناختی<sup>۱۳</sup> که بیشتر بر بهبود عملکردهای اجرایی و حافظه تمرکز دارد، درمان شناختی مبتنی بر بهبودی جامع‌تر محسوب می‌شود؛ زیرا علاوه بر مؤلفه‌های شناختی، به ابعاد هیجانی، اجتماعی و هویتی بیماران نیز می‌پردازد (۳۴) با وجود شواهد روزافزون بین‌المللی در حمایت از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی، در ایران نیز طی سال‌های اخیر پژوهش‌هایی محدود در زمینه‌ی این رویکرد صورت گرفته است که عمدتاً بر پیامدهایی مانند افسردگی و روابط بین‌فردی متمرکز بوده‌اند (۳۵). با این حال، تاکنون مطالعه‌ای منتشر نشده که به‌طور اختصاصی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر بهبودی را بر نشانگان مثبت و منفی (بر اساس PANSS)<sup>۱۴</sup> و بینش شناختی (بر اساس BCIS)<sup>۱۵</sup> در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بررسی کرده باشد. این خلأ پژوهشی در حالی است که با توجه به بار بالینی و اجتماعی بالای

<sup>10</sup> Green et al.

<sup>11</sup> Nowak et al.

<sup>12</sup> Beck et al.

<sup>13</sup> Cognitive Remediation Therapy

<sup>14</sup> Positive and Negative Syndrome Scale

<sup>15</sup> Beck Cognitive Insight Scale

«خیلی زیاد» (۵) نمره‌گذاری می‌شوند؛ به‌طوری که نمره بالاتر نشانگر شدت بیشتر علائم است. در پژوهش اولیه کی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۳ و همبستگی آن با مقیاس علائم مثبت و منفی اندریاسان ۰/۸۵ گزارش شد (۳۶). در ایران نیز قمری و همکاران آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۰ گزارش کرده و روایی سازه ابزار را با استفاده از تحلیل عاملی مطلوب تأیید کردند (۳۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس علائم منفی ۰/۷۱، علائم مثبت ۰/۶۸، ازهم‌گسیختگی ۰/۷۵، تهییج ۰/۷۴ و اضطراب و افسردگی ۰/۶۹ به دست آمد.

**۲- مقیاس بینش شناختی بک<sup>۲۲</sup>:** مقیاس بینش شناختی بک توسط بک و همکاران تدوین شده است (۳۸). این مقیاس شامل ۱۵ گویه و دو خرده‌مقیاس «خوداندیشمندی» و «اطمینان به خود» است. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از «کاملاً مخالفم» (۱) تا «کاملاً موافقم» (۴) صورت می‌گیرد. نمره بالاتر در خرده‌مقیاس خوداندیشمندی و نمره پایین‌تر در خرده‌مقیاس اطمینان به خود نشان‌دهنده بینش شناختی مطلوب‌تر است. همچنین، شاخص ترکیبی بینش شناختی از طریق کسر نمره اطمینان به خود از نمره خوداندیشمندی محاسبه می‌شود. در پژوهش بک و همکاران، روایی همگرا و پایایی ابزار مطلوب گزارش شد (۳۸). در ایران نیز یوسفی و همکاران پایایی این مقیاس را با آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خوداندیشمندی ۰/۶۹، برای خرده‌مقیاس اطمینان به خود ۰/۷۹ و برای کل مقیاس ۰/۷۴ گزارش کردند (۳۹). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خوداندیشمندی ۰/۷۲، برای خرده‌مقیاس اطمینان به خود ۰/۶۹ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد.

#### مداخله درمانی

مداخله پژوهش حاضر بر اساس پروتکل درمان شناختی مبتنی بر بهبودی تدوین شده توسط بک و همکاران اجرا شد (۴۰). این پروتکل ویژه بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی طراحی شده و دربردارنده مجموعه‌ای از فنون شناختی-رفتاری با تأکید بر افزایش امید، توانمندسازی، بازتعریف هویت و مشارکت فعال بیماران در فرآیند بهبودی است. در این پژوهش، بیماران گروه آزمایش طی چهار هفته، در هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) به‌طور گروهی تحت آموزش و تمرین پروتکل

بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن را کاهش می‌دهد. (۳) درمان شناختی مبتنی بر بهبودی، بینش شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن را افزایش می‌دهد.

#### مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل و مرحله پیگیری یک ماهه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بستری در مراکز درمان و توان‌بخشی بیماران اعصاب و روان مزمن شهرستان اردبیل در سال ۱۴۰۳ بود که حدود ۳۰۰ نفر برآورد شدند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G\*Power و بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۵ محاسبه شد؛ بر این مبنا، ۳۰ بیمار اسکیزوفرنی مزمن<sup>۱۶</sup> بستری در مرکز دارالشفا با روش نمونه‌گیری در دسترس<sup>۱۷</sup> انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: کسب رضایت مسئول فنی مرکز، خانواده بیمار و خود بیمار برای شرکت در پژوهش؛ عدم مشارکت هم‌زمان بیمار در سایر برنامه‌های درمانی طی دوره‌ی تحقیق؛ عدم تغییرات دارویی در طول مداخله؛ داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ و عدم ترخیص موقت یا دائم از مرکز توان‌بخشی در طول جلسات. معیارهای خروج شامل ورود بیمار به اپیزود حاد بیماری، سابقه دریافت شوک، عدم همکاری یا غیبت عمدی در جلسات و نیز بروز شرایط پیش‌بینی‌نشده مرتبط با تغییرات دارویی بود. بیماران گروه آزمایش طی چهار هفته در هشت جلسه (دو جلسه در هفته) مداخله‌ی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی دریافت کردند. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای اجرا نشد. همه بیماران شرکت‌کننده در هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه، به مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی و مقیاس بینش شناختی بک پاسخ دادند.

#### ابزار پژوهش

**۱- مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی<sup>۱۸</sup>:** مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی توسط کی و همکاران<sup>۱۹</sup> با هدف سنجش شدت نشانگان مثبت و منفی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تدوین شد (۳۶). این ابزار شامل ۳۰ گویه و پنج خرده‌مقیاس «علائم مثبت»، «علائم منفی»، «ازهم‌گسیختگی<sup>۲۰</sup>»، «تهییج<sup>۲۱</sup>» و «اضطراب و افسردگی» است. گویه‌ها بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از «اصلاً» (۱) تا

<sup>۲۰</sup> Disorganization

<sup>۲۱</sup> Excitement

<sup>۲۲</sup> Beck cognitive insight scale

<sup>۱۶</sup> Chronic Schizophrenia

<sup>۱۷</sup> Convenience Sampling

<sup>۱۸</sup> Positive and Negative Syndrome Scale

<sup>۱۹</sup> Kay et al.

## نحوه اجرا و جمع آوری داده‌ها

پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه محقق اردبیلی و دریافت کد اخلاق پژوهش (IR.UMA.REC.1404.042)،

قرار گرفتند. محتوای جلسات شامل فعال‌سازی باورهای مثبت، تقویت خوداندیشمندی، بازنگری در باورهای ناسازگار، هدف‌گذاری شخصی و بهبود تعاملات اجتماعی بود. شرح کامل جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- جلسات درمان شناختی مبتنی بر بهبودی.

جلسه	عنوان	محتوا	تکالیف
۱	معرفی و روان‌آموزی	معرفی برنامه درمانی و ایجاد رابطه با شرکت‌کنندگان آموزش مفاهیم اولیه اسکیزوفرنی و بهبودی تاکید بر مدیریت علائم و کیفیت زندگی	فکر کردن به اهداف شخصی برای درمان یادداشت علائم و تجربیات مرتبط با اسکیزوفرنی در طول هفته
۲	درک هیجانات	شناسایی هیجانات پایه (شادی، غم، خشم، ترس) تحلیل حالات چهره و تاثیر اسکیزوفرنی بر ادراک هیجانی	مشاهده و یادداشت هیجانات در خود و دیگران در موقعیت‌های روزمره تمرین تشخیص حالات چهره از تصاویر یا فیلم‌ها
۳	بازسازی شناختی: شناسایی افکار منفی	تشخیص افکار خودآیند منفی بررسی تاثیر این افکار بر ادراک اجتماعی و هیجانی	ثبت افکار منفی در طول روز در یک دفترچه شناسایی موقعیت‌هایی که این افکار ظاهر می‌شوند
۴	بازسازی شناختی: تغییر افکار	به چالش کشیدن افکار منفی جایگزینی افکار غیرمنطقی با افکار متعادل و واقع‌بینانه	تمرین جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت یا خنثی برای حداقل ۳ موقعیت بررسی شواهد موافق و مخالف افکار منفی
۵	بهبود شناخت اجتماعی	تمرین تفسیر نشانه‌های اجتماعی (زبان بدن، تن صدا) استفاده از ایفای نقش برای درک بهتر موقعیت‌ها	مشاهده تعاملات اجتماعی و حدس زدن احساسات دیگران تمرین تفسیر لحن صدا در مکالمات روزمره
۶	مدیریت استرس و تکنیک‌های آرام‌سازی	آموزش تکنیک‌های تنفس عمیق، آرام‌سازی عضلانی و ذهن‌آگاهی کاهش تاثیر علائم منفی بر زندگی روزمره	تمرین روزانه تنفس عمیق به مدت ۵-۱۰ دقیقه استفاده از تکنیک آرام‌سازی عضلانی در مواقع استرس
۷	توسعه راهبردهای مقابله‌ای	ساخت ابزار شخصی برای مقابله با چالش‌ها حل مسئله، برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش و تعیین اهداف واقع‌بینانه	تهیه لیستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و انجام حداقل دو مورد در هفته تعیین یک هدف کوچک و برنامه‌ریزی برای دستیابی به آن
۸	مرور و برنامه‌ریزی آینده	بازبینی مهارت‌های آموخته‌شده تعیین اهداف بلندمدت برای بهبودی و استفاده از منابع حمایتی پس از درمان	نوشتن برنامه‌ای برای ادامه تمرین مهارت‌ها پس از پایان جلسات مرور پیشرفت‌ها و تنظیم اهداف جدید

مشتق

## تجزیه و تحلیل داده‌ها

به‌منظور برآورد حجم نمونه، از نرم‌افزار G\*Pow- $\epsilon^2$  نسخه ۳٫۱ استفاده گردید. با توجه به اندازه اثر متوسط ( $f=0/25$ )، سطح معنی‌داری  $0/05$  و توان آماری  $0/95$ ، حجم نمونه مورد نیاز کمتر از ۳۰ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها تعداد ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) انتخاب شدند. داده‌های گردآوری‌شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ وارد و تحلیل شدند. در مرحله نخست، از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای اصلی استفاده شد. به‌منظور بررسی مفروضه‌های آماری، آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۲۳</sup> برای طبیعی بودن توزیع داده‌ها، آزمون لویین<sup>۲۴</sup> برای همگنی واریانس‌ها و آزمون کرویت موچلی<sup>۲۵</sup> برای بررسی همسانی ماتریس کوواریانس اجرا گردید. در موارد نقض مفروضه کرویت، از اصلاحات گرین‌هاوس-گایزر<sup>۲۶</sup> استفاده شد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با دو عامل درون‌گروهی (زمان: پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و بین‌گروهی (آزمایش و کنترل) بهره گرفته شد. در صورت معنی‌دار بودن اثرات اصلی یا تعاملی، برای مقایسه جفتی مراحل، از آزمون تعقیبی بنفرونی<sup>۲۷</sup> استفاده گردید. همچنین، اندازه اثر اتا برای بررسی شدت اثر گزارش شد. پیش از اجرای تحلیل‌های اصلی، برای کنترل تفاوت‌های فردی اولیه بین دو گروه، همگنی میانگین‌ها در متغیرهای پیش‌آزمون بررسی شد. همچنین در تحلیل‌های کوواریانس، اثر پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی وارد مدل گردید. سطح معنی‌داری برای تمام آزمون‌ها  $0/05$  در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش  $32/28 \pm 4/58$  و در گروه گواه  $31/63 \pm 3/88$  بود. در گروه آزمایش،  $73/3$  درصد مبتلا به اسکیزوفرنی و  $26/7$  درصد مبتلا به اسکیزوافکتیو بودند؛ در حالی که در گروه گواه،  $66/7$  درصد مبتلا به اسکیزوفرنی و  $33/3$  درصد مبتلا به اسکیزوافکتیو بودند. نتایج آزمون خی‌دو برای نوع تشخیص نشان داد که توزیع تشخیص‌ها بین دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد ( $P>0/05$ ). همچنین، آزمون  $t$  مستقل نشان داد که تفاوت میانگین سن دو

همانگی‌های اولیه با مرکز درمان و توان‌بخشی دارالشفای اردبیل انجام شد. سپس، فهرست بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن از سوی مسئول فنی مرکز ارائه گردید. لذا پژوهش حاضر با معرفی‌نامه از دانشگاه محقق اردبیلی و نظارت گروه روانشناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی صورت گرفت. تمامی مراحل پژوهش مطابق با اصول اخلاقی بیانیه هلسینکی اجرا شد. بر اساس معیارهای ورود و خروج از پژوهش، ۳۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تشخیص اختلال اسکیزوفرنی مزمن این بیماران پیش‌تر توسط روان‌پزشکان و روانشناسان بالینی مرکز تأیید شده بود. پیش از ورود به مطالعه، توضیحات لازم درباره اهداف، مراحل و حقوق شرکت‌کنندگان در اختیار خانواده‌ها و خود بیماران و مسئولین مرکز قرار گرفت و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنان اخذ شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که مشارکت آنان داوطلبانه است و در هر مرحله از پژوهش امکان انصراف بدون هیچ پیامدی برای آنان وجود دارد. اطلاعات جمع‌آوری شده صرفاً برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت و محرمانه باقی ماند شرکت‌کنندگان واجد شرایط ابتدا مرحله پیش‌آزمون را گذراندند و مقیاس‌های علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی و بینش شناختی بک را با راهنمایی پژوهشگر تکمیل کردند. سپس، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش طی چهار هفته، هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان شناختی مبتنی بر بهبودی دریافت کرد. جلسات توسط روان‌شناس بالینی آموزش‌دیده اجرا شد و شامل مؤلفه‌هایی همچون بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، مدیریت استرس و ارتقاء بینش شناختی بود. در طول جلسات، محتوای تمرین‌ها در چارچوب پروتکل، اما متناسب با شرایط و سطح عملکرد بیماران اندکی تعدیل می‌شد. گروه کنترل در این مدت صرفاً مراقبت‌های معمول مرکز را دریافت نمود و هیچ مداخله روانشناختی خاصی برای آنان اجرا نشد. در پایان دوره (پس‌آزمون) و همچنین در مرحله پیگیری یک ماهه، همه شرکت‌کنندگان مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. با توجه به اینکه بیماران در مرکز توان‌بخشی مستقر بودند، امکان پیگیری آنان به‌طور کامل فراهم بود و در طول مطالعه هیچ یک از بیماران از پژوهش خارج نشدند. داده‌ها توسط پژوهشگر آموزش‌دیده و به‌صورت انفرادی در محیطی آرام و ایمن جمع‌آوری شد.

<sup>23</sup> Shapiro-Wilk Test<sup>24</sup> Levene's Test<sup>25</sup> Mauchly's Test of Sphericity<sup>26</sup> Greenhouse-Geisser correction<sup>27</sup> Bonferroni Post Hoc Test

قبل از انجام تحلیل‌های اصلی، ابتدا مفروضه‌های آماری مورد بررسی قرار گرفتند تا از کفایت داده‌ها برای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اطمینان حاصل شود. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات در تمامی متغیرهای مورد مطالعه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری طبیعی است ( $P > 0/05$ ). آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها معنادار نبود و بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود ( $P > 0/05$ ). همچنین، بررسی همگنی شیب رگرسیون بین متغیرهای کمکی و وابسته نشان داد که این مفروضه در متغیرهای علائم مثبت و منفی و مؤلفه‌های بینش شناختی برقرار است ( $P > 0/05$ ). با این حال، نتایج آزمون کرویت موخلی بیانگر نقض همسانی ماتریس کوواریانس میان مراحل مداخله بود ( $P = 0/001$ ). از این رو، در تحلیل داده‌ها از اصلاح محافظه‌کارانه گرین‌هاوس-گایزر استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر علائم مثبت و منفی و متغیر بینش شناختی در جدول ۳ ارائه شده است. در رابطه با علائم مثبت و منفی، همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اثر تعاملی گروه  $\times$  زمان معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ ). با این حال، اثر اصلی زمان از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P > 0/05$ ) به این معنی که نمرات شرکت‌کنندگان از مرحله پیش‌آزمون

گروه از لحاظ آماری معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشتند. بنابراین، می‌توان گفت دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی اصلی هم‌تاسازی شده بودند. نتایج آزمون  $F$  دو برای نوع تشخیص نشان داد که توزیع تشخیص‌ها بین دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد ( $F(1) = 0/27, P = 0/60$ ). همچنین، آزمون  $t$  مستقل نشان داد که تفاوت میانگین سن دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نیست ( $t(28) = 0/46, P = 0/65$ ). سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشتند. بنابراین، دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی اصلی هم‌تاسازی شده بودند. جزئیات مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای علائم مثبت و منفی و مؤلفه‌های بینش شناختی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است. برای کنترل تفاوت‌های فردی اولیه، میانگین نمرات پیش‌آزمون دو گروه با استفاده از آزمون  $t$  مستقل مقایسه شد. نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پیش‌آزمون وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). بنابراین، همگنی میانگین‌های پیش‌آزمون در دو گروه تأیید شد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه.

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
علائم مثبت	آزمایش	۲۳/۶۰ (۳/۰۴)	۲۱/۹۳ (۳/۱۷)	۲۱/۸۰ (۲/۹۳)
	گواه	۲۳/۲۷ (۲/۸۹)	۲۳/۲۶ (۲/۶۳)	۲۲/۸۷ (۲/۷۴)
علائم منفی	آزمایش	۲۷/۸۷ (۴/۴۵)	۲۵/۹۳ (۴/۵۲)	۲۶/۰۱ (۴/۴۴)
	گواه	۲۸/۹۳ (۳/۲۶)	۲۸/۵۳ (۳/۲۲)	۲۸/۴۷ (۳/۴۴)
ازهم‌گسیختگی	آزمایش	۲۳/۸۷ (۲/۶۶)	۲۲/۶۰ (۲/۴۷)	۲۲/۸۰ (۲/۱۴)
	گواه	۲۰/۴۷ (۳/۵۶)	۲۰/۲۷ (۳/۵۵)	۲۰/۳۳ (۳/۴۵)
تهییج	آزمایش	۱۵/۰۱ (۱/۸۱)	۱۳/۲۷ (۲/۲۵)	۱۳/۷۳ (۲/۱۵)
	گواه	۱۵/۱۳ (۲/۶۲)	۱۴/۷۳ (۲/۲۵)	۱۴/۸۷ (۲/۳۵)
اضطراب و افسردگی	آزمایش	۲۱/۷۳ (۲/۳۴)	۲۰/۳۳ (۲/۰۲)	۲۰/۸۷ (۲/۰۳)
	گواه	۲۰/۰۷ (۳/۴۳)	۱۹/۵۳ (۲/۹۹)	۱۹/۷۳ (۳/۱۲)
خود ارزشمندی	آزمایش	۱۷/۵۳ (۴/۳۲)	۲۵/۴۷ (۴/۱۳)	۲۵/۱۳ (۳/۹۴)
	گواه	۱۹/۰۱ (۶/۳۲)	۱۹/۲۰ (۶/۲۰)	۱۸/۷۳ (۶/۰۱)
اطمینان به خود	آزمایش	۱۵/۰۱ (۳/۱۱)	۱۶/۳۳ (۲/۵۸)	۱۶/۱۳ (۲/۸۲)
	گواه	۱۵/۳۳ (۳/۵۹)	۱۵/۲۷ (۳/۴۱)	۱۵/۰۷ (۳/۲۴)

مشتق

به‌منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت‌ها، آزمون تعقیبی بنفرونی اجرا شد که نتایج آن برای مولفه‌ها در هر یک از متغیرهای پژوهش در جدول ۴ گزارش شده است.

نتایج این آزمون نشان داد در گروه آزمایش نمرات علائم مثبت، علائم منفی و ازمهم‌گسیختگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری کاهش یافتند ( $P > 0/05$ )، در حالی که در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری بین مراحل سه‌گانه مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ). همچنین، بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچ یک از این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که بیانگر پایداری نسبی اثر درمان در طول پیگیری است. در مقابل، در مؤلفه تهییج و اضطراب/افسردگی کاهش معنی‌داری تنها در مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده شد ( $P > 0/05$ )، اما این تغییرات در مرحله پیگیری پایدار نبودند ( $P > 0/05$ ).

همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۴ نشان داد که در مؤلفه خوداندیش‌مندی، میانگین نمرات در تمام مقایسه‌ها (پیش‌آزمون - پس‌آزمون، پیش‌آزمون -

تا پس‌آزمون و پیگیری تغییر معنی‌داری داشته است. همچنین اثر اصلی گروه نیز معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ ). بنابراین، درمان شناختی مبتنی بر بهبودی منجر به کاهش معنی‌دار علائم مثبت و منفی در گروه آزمایش طی زمان شد اما برتری آماری نسبت به گروه کنترل در الگوی تغییر تأیید نشد. از این رو، فرضیه‌های اول و دوم پژوهش تنها با حمایت جزئی تأیید شدند در رابطه با بینش شناختی، اثر اصلی زمان معنی‌دار بود ( $P > 0/05$ ) و نشان داد که سطح بینش شناختی در طول مراحل پژوهش تغییر کرده است. اثر اصلی گروه نیز معنی‌دار بود ( $P > 0/05$ )، به این معنی که تفاوت کلی بین دو گروه مشاهده شد. مهم‌تر از آن، تعامل گروه  $\times$  زمان معنی‌دار بود ( $P > 0/05$ )، به این معنی که تغییرات بینش شناختی در گروه آزمایش با گروه کنترل الگوی متفاوتی داشت. بنابراین، درمان شناختی مبتنی بر بهبودی منجر به بهبود معنی‌دار بینش شناختی در گروه آزمایش طی زمان شد و بهبود معنی‌دار و متمایز از کنترل در بینش شناختی ایجاد کرده است. از این رو، فرضیه‌های سوم پژوهش کاملاً تأیید شد

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش.

متغیر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر	مقدار P
علائم مثبت و منفی	بین گروهی	۲۷۴/۱۲	۳/۵۶	۷۶/۹۰	۲/۳۵	۰/۰۷۸	۰/۰۶۶
	درون گروهی	۸۱۸۳/۶۸	۳/۵۶	۲۲۹۵/۸۷	۷۰/۳۵	۰/۷۱۵	۰/۰۰۱
	گروه*زمان	۲/۲۷	۱	۲/۲۷	۰/۱۱۱	۰/۰۰۴	۰/۷۴۲
بینش شناختی	بین گروهی	۴۲۴/۵۱	۱/۹۱	۲۲۱/۳۸	۶/۶۹	۰/۱۹۳	۰/۰۰۳
	درون گروهی	۱۵۸۲/۳۸	۱/۹۱	۸۲۵/۲۲	۲۴/۹۳	۰/۴۷۱	۰/۰۰۱
	گروه*زمان	۲۱۱/۲۵	۱	۲۱۱/۲۵۰	۴/۲۸	۰/۶۵۲	۰/۰۰۱

جدول ۴- نتایج آزمون بنفرونی درون گروهی برای متغیرهای پژوهش.

متغیرها	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	مقدار P
علائم مثبت	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱/۶۷	۰/۱۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱/۶۷	۰/۲۰۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۱۶۱	۱/۰۰۰
علائم منفی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۸۳۳	۰/۱۵۹	۰/۰۰۲
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱/۱۰۰	۰/۱۵۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۱۳۵	۱/۰۰۰
ازهم‌گسیختگی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۰/۷۶۷	۰/۱۸۰	۰/۰۲۲
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۰/۹۰۰	۰/۱۹۱	۰/۰۰۶
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۱۲۶	۱/۰۰۰

۰/۰۰۱	۰/۱۹۷	۱/۰۶	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	تهییج
۰/۰۷۲	۰/۲۰۱	۰/۷۶۷	پیش‌آزمون - پیگیری	
۱/۰۰۰	۰/۱۱۷	-۰/۳۰۰	پس‌آزمون - پیگیری	
۰/۰۱۷	۰/۲۲۲	۰/۹۶۷	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	اضطراب / افسردگی
۰/۶۹	۰/۲۰۴	۰/۶۰۰	پیش‌آزمون - پیگیری	
۱/۰۰۰	۰/۱۵۵	-۰/۳۶۷	پس‌آزمون - پیگیری	
۰/۰۰۱	۱/۰۷	-۴/۰۶	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	خود ارزشمندی
۰/۰۰۱	۱/۰۳	-۳/۶۶	پیش‌آزمون - پیگیری	
۰/۰۱۷	۰/۱۵۸	۰/۴۰۰	پس‌آزمون - پیگیری	
۰/۰۰۲	۰/۱۸۳	-۰/۶۳۳	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	اطمینان به خود
۰/۰۳۶	۰/۱۹۷	-۰/۴۳۳	پیش‌آزمون - پیگیری	
۰/۲۳۵	۰/۱۶۵	۰/۲۰۰	پس‌آزمون - پیگیری	

پژوهش‌های پیشین همسو است. برای مثال، گرنیت و همکاران و نواک و همکاران گزارش کردند که درمان شناختی مبتنی بر بهبودی می‌تواند به کاهش علائم مثبت و بهبود انگیزش بیماران کمک کند (۲۹، ۳۱). با این حال، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این اثرات در مقایسه مستقیم با گروه کنترل چندان قوی نیست. این تفاوت می‌تواند ناشی از عوامل متعددی باشد؛ از جمله حجم نمونه محدود (۳۰ نفر) که توان آماری پژوهش را برای شناسایی اثرات تعاملی کاهش داده است، دریافت مراقبت‌های معمول توسط گروه کنترل که ممکن است خود به بهبود نسبی علائم منجر شده باشد و کوتاه بودن مدت مداخله (چهار هفته) که احتمالاً برای ایجاد تغییرات پایدار در علائم منفی کفایت نداشته است. از دیدگاه بالینی، کاهش درون‌گروهی علائم مثبت و منفی همچنان با اهمیت است زیرا نشان می‌دهد درمان شناختی مبتنی بر بهبودی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مکمل<sup>۴۸</sup>، کیفیت زندگی بیماران را ارتقا دهد حتی اگر تفاوت‌های آماری بین‌گروهی کاملاً برجسته نباشند.

در خصوص بینش شناختی، یافته‌های این پژوهش همسو با مطالعات بک و همکاران، ریگز و همکاران<sup>۴۹</sup>، عطادخت و همکاران و خالقی و همکاران است که نشان داده‌اند درمان شناختی مبتنی بر بهبودی می‌تواند با تقویت فراشناخت، انعطاف‌پذیری شناختی و تردید در باورهای غیرواقعی، بینش بیماران را ارتقا دهد (۴۲، ۴۱، ۳۸، ۱۳). بهبود بینش شناختی نه‌تنها به کاهش شدت علائم روان‌پریشی کمک می‌کند بلکه پیامدهای مهمی همچون افزایش پایبندی به درمان دارویی، بهبود تعاملات اجتماعی

پیگیری و پس‌آزمون - پیگیری) به‌طور معنی‌داری افزایش یافت ( $P > 0.05$ ). در مؤلفه اطمینان به خود نیز تفاوت معنی‌داری بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری مشاهده شد ( $P > 0.05$ )، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری به دست نیامد ( $P > 0.05$ ). این نتایج نشان می‌دهد که مداخله درمان شناختی مبتنی بر بهبودی موجب بهبود پایدار در سطح بینش شناختی بیماران شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر علائم مثبت و منفی و بینش شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر بهبودی موجب کاهش معنی‌دار علائم مثبت و منفی در گروه آزمایش طی زمان شد اما اثر تعاملی گروه  $\times$  زمان معنی‌دار نبود. این یافته حاکی از آن است که هر چند بیماران گروه آزمایش بهبود قابل توجهی را تجربه کردند اما تفاوت‌های گوی تغییرات آنها با گروه کنترل به سطح معنی‌داری نرسید. بنابراین، فرضیه‌های اول و دوم پژوهش تنها با حمایت جزئی تأیید شدند. در مقابل، نتایج مربوط به بینش شناختی نشان داد که اثرات زمان، گروه و تعامل همگی معنی‌دار بوده‌اند و بیماران گروه آزمایش افزایش معنی‌داری در خوداندیشمندی و کاهش در اطمینان افراطی به باورهای نادرست را تجربه کردند. این یافته فرضیه سوم را به‌طور کامل تأیید کرد. یافته‌های مربوط به علائم مثبت و منفی با بخشی از

<sup>28</sup> Adjunctive intervention

<sup>29</sup> Riggs et al.

بخشی از خلأهای پژوهشی موجود در حوزه درمان‌های شناختی برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن کمک می‌کند. مطالعات پیشین عمدتاً اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی را در بیماران سرپایی یا با شدت خفیف‌تر بیماری بررسی کرده بودند اما شواهد تجربی درباره کاربرد این رویکرد در بیماران مزمن بستری بسیار محدود بود. یافته‌های حاضر نشان دادند که حتی در جمعیت بیماران مزمن، مداخله درمان شناختی مبتنی بر بهبودی می‌تواند موجب بهبود بینش شناختی و کاهش نسبی علائم شود. این امر، پشتیبانی نظری مهمی برای تعمیم اصول مدل بهبودی محور به سطوح پایین‌تر عملکردی در بیماران مزمن فراهم می‌آورد و بر نقش مؤلفه‌های فراشناختی در سازوکار تغییر تأکید می‌کند.

از سوی دیگر، این پژوهش از جنبه عملی نیز به رفع خلأ مهمی در نظام درمان و توان‌بخشی بیماران روان‌پریش در ایران می‌پردازد. تا پیش از این، هیچ مطالعه کنترل شده‌ای در زمینه اجرای درمان شناختی مبتنی بر بهبودی در محیط‌های توان‌بخشی شبانه روزی انجام نشده بود. طراحی و اجرای این مداخله در شرایط واقعی مراکز توان‌بخشی، شواهد کاربردی اولیه‌ای در خصوص امکان‌پذیری، پذیرش و پایداری نسبی نتایج درمان شناختی مبتنی بر بهبودی در بیماران مزمن ایرانی فراهم ساخت. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر علاوه بر توسعه دانش نظری درباره مکانیسم‌های شناختی - فراشناختی در اسکیزوفرنی، می‌تواند در جهت بومی‌سازی و ادغام مداخلات مبتنی بر بهبودی در نظام مراقبت سلامت روان کشور نیز مورد استفاده قرار گیرد. از نظر بالینی، نتایج این پژوهش می‌تواند به طراحی مداخلات توان‌بخشی در مراکز ایرانی کمک کند. بیماران اسکیزوفرنی مزمن در ایران معمولاً تحت مراقبت‌های دارویی و حمایتی قرار دارند، اما دسترسی به مداخلات روان‌درمانی ساختاریافته محدود است. ادغام درمان شناختی مبتنی بر بهبودی در برنامه‌های بهزیستی و مراکز توان‌بخشی می‌تواند موجب ارتقای خوداندیشمندی بیماران، کاهش وابستگی صرف به دارو و بهبود کارکرد اجتماعی شود. علاوه بر این، آموزش درمانگران و کارکنان مراکز در به‌کارگیری اصول درمان شناختی مبتنی بر بهبودی می‌تواند جو روانی - اجتماعی این مراکز را بهبود بخشد و از شیوه‌های محدودکننده سنتی مانند انزوا یا بستری‌های طولانی بکاهد. با وجود نتایج قابل توجه این پژوهش، باید به چند محدودیت مهم اشاره شود. حجم نمونه‌ی نسبتاً کوچک

و کاهش خطر عود را در پی دارد. به نظر می‌رسد درمان شناختی مبتنی بر بهبودی با فراهم کردن بستر بازنگری افکار ناسازگار و تأکید بر امید، هدف‌گذاری و هویت مثبت، ظرفیت بالایی برای ارتقای بینش بیماران دارد.

به نظر می‌رسد سازوکارهای اثر درمان شناختی مبتنی بر بهبودی را می‌توان در چند سطح روانشناختی تبیین کرد. نخست، این رویکرد با استفاده از فنون بازسازی شناختی و اصلاح اسنادهای نادرست، به کاهش شدت باورهای تحریف‌شده و در نتیجه کاهش علائم مثبت مانند هذیان و توهم کمک می‌کند. دوم، تمرکز درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر تقویت خوداندیشمندی و تردید در باورهای غیرواقعی موجب ارتقای فراشناخت و بینش شناختی می‌شود؛ عاملی که پژوهش‌ها آن را یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های بهبودی در اسکیزوفرنی می‌دانند (۱۵، ۱۳). سوم، تأکید درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر افزایش امید، هدف‌گذاری شخصی و بازتعریف هویت فردی، از طریق تقویت احساس عاملیت و انگیزش درونی، به کاهش علائم منفی مانند بی‌انگیزگی و کناره‌گیری اجتماعی منجر می‌شود (۳۱، ۲۹). در نهایت، آموزش مهارت‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در چارچوب جلسات درمان شناختی مبتنی بر بهبودی می‌تواند از طریق بهبود تنظیم هیجان و روابط بین‌فردی، نقش تعدیل‌کننده‌ای در پایداری بهبودی ایفا کند. این یافته‌ها با دیدگاه‌های نظری بک و همکاران همسو است که درمان شناختی مبتنی بر بهبودی را نه صرفاً به‌عنوان درمان کاهش علائم، بلکه به‌عنوان فرایند بازسازی باورها، هیجانات و روابط اجتماعی در مسیر بهبودی در نظر می‌گیرند (۲۷).

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تغییر در بینش شناختی پایدارتر و قوی‌تر از تغییر در علائم مثبت و منفی بوده است. این امر می‌تواند با ماهیت درمان شناختی مبتنی بر بهبودی مرتبط باشد؛ چراکه این رویکرد بیش از آنکه بر خاموش‌سازی مستقیم علائم تمرکز کند، بر ارتقای فراشناخت و بازسازی باورهای هسته‌ای استوار است. می‌توان گفت بینش شناختی یک «نقطه ورود»<sup>۳۰</sup> بنیادین برای تغییر سایر جنبه‌های بیماری است و بهبود آن ممکن است زمینه‌ساز کاهش تدریجی علائم مثبت و منفی در درازمدت شود. به همین دلیل، حتی اگر تفاوت آماری در سطح بین‌گروهی برای علائم مشاهده نشود، ارتقای بینش شناختی همچنان یک یافته کلیدی و ارزشمند است. از منظر نظری، نتایج این پژوهش تا حد زیادی به رفع

<sup>30</sup> Entry point

توان بخشی در نظر گرفته شوند. مهم‌تر از آن، بهبود معنی‌دار و پایدار بینش شناختی نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر بهبودی ظرفیت بالایی برای ارتقای مهارت‌های فراشناختی و افزایش مشارکت بیماران در روند بهبودی دارد. بنابراین، یافته‌های این پژوهش از به‌کارگیری درمان شناختی مبتنی بر بهبودی به‌عنوان یک رویکرد مکمل در کنار درمان دارویی حمایت می‌کنند و مسیر تازه‌ای برای ارتقای کیفیت خدمات توان بخشی و کاهش بار بیماری در بیماران اسکیزوفرنی مزمن در کشور فراهم می‌سازند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین‌وسیله از مسئولان و کارکنان مرکز درمان و توان بخشی دارالشفا اردبیل که همکاری صمیمانه‌ای در اجرای جلسات درمانی و گردآوری داده‌ها داشتند، قدردانی می‌کنند. همچنین از بیماران و خانواده‌های محترمی که با پذیرش حضور در این مطالعه امکان انجام پژوهش را فراهم ساختند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

1. El-Ashry AM, Abd Elhay ES, Taha SM, Khedr MA, Attalla Mansour FS, Alabdullah AAS, Farghaly Abdelaliam SM, El-Sayed MM. Effect of applying nursing-based cognitive defusion techniques on mindful awareness, cognitive fusion, and believability of delusions among clients with schizophrenia: a randomized control trial. *Front Psychiatry*. 2024; 15: 1369160.

2. McClain L, Mansour H, Ibrahim I, Klei L, Fathi W, Wood J, et al. Age dependent association of inbreeding with risk for schizophrenia in Egypt. *Schizophr Res*. 2020; 216: 450-9.

3. Patel R, Smith A, Jones L. Psychological and psychosocial interventions for schizophrenia: a systematic review. *Eur Psychiatry*. 2024; 72: 45-56.

4. Iranian Welfare Organization. 700 schizophrenia patients covered by residential rehabilitation centers in Khorasan Razavi. Tehran: Iranian Welfare Organization; 2023.

5. Finnerty MT, Khan A, You K, Wang R, Gu G, Layman D, et al. Prevalence and incidence measures for schizophrenia among commercial health insurance and Medicaid enrollees. *Schizophrenia (Heidelb)*. 2024; 10(1): 68.

6. Orsolini L, Pompili S, Volpe U. Schizophrenia: a narrative review of etiopathogenetic, diagnostic and treatment aspects. *J Clin Med*. 2022; 11(17): 4978.

7. Moura BM, Isvoranu AM, Kovacs V, Van

و روش نمونه‌گیری در دسترس، تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. همچنین، دوره پیگیری یک‌ماهه برای ارزیابی پایداری بلندمدت اثرات مداخله کافی نیست. عوامل مداخله‌گر نظیر شدت دارودرمانی، حمایت اجتماعی و روابط خانوادگی نیز ممکن است بر نتایج اثر گذاشته باشند. بنابراین، پژوهش‌های آینده باید با طراحی کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده با حجم نمونه بزرگ‌تر، مراکز متعدد و پیگیری‌های طولانی‌مدت (۶ یا ۱۲ ماه) انجام شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود اثرات درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر سایر حوزه‌های حیاتی مانند کیفیت زندگی، مهارت‌های اجتماعی و کارکرد شغلی نیز بررسی شود.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر بهبودی می‌تواند به بهبود وضعیت بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن کمک کند. هرچند کاهش علائم مثبت و منفی تنها در سطح درون‌گروهی معنی‌دار بود و در مقایسه با گروه کنترل به تفاوت بارزی نینجامید، اما این تغییرات از نظر بالینی حائز اهمیت‌اند و می‌توانند به‌عنوان بخشی از برنامه‌های

### منابع

Rooijen G, Van Amelsvoort T, Simons CJP, et al. The puzzle of functional recovery in schizophrenia-spectrum disorders—replicating a network analysis study. *Schizophr Bull*. 2022; 48(4): 871-80.

8. Correll CU, Schooler NR. Negative symptoms in schizophrenia: a review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020; 16: 519-34.

9. Krynicki CR, Uptegrove R, Deakin JFW, Barnes TRE. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2018; 137(5): 380-90.

10. Miller GA, Lenzenweger MF. Schizophrenia research in the 21st century. *Annu Rev Clin Psychol*. 2012; 8: 223-47.

11. Chen EYH, Lui SSY, Ho KKY, Hung KSY, Wang Y, Cheung EFC. Impairments in social cognition and their associations with negative symptoms and functioning in schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 593.

12. Green MF, Horan WP, Lee J. Social cognition in schizophrenia. *Nat Rev Neurosci*. 2015; 16(10): 620-31.

13. Riggs SE, Grant PM, Perivoliotis D, Beck AT. Assessment of cognitive insight: a review. *Schizophr Bull*. 2012; 38(2): 261-72.

14. Halaj A, Strauss AY, Zlotnick E, Zalaznik D, Fradkin I, Andersson G, et al. Clinical and cognitive insight in panic disorder: phenomenology and

- treatment effects in internet cognitive behavior therapy. *J Psychiatr Res.* 2024; 172: 164-70.
15. Konstantakopoulos G. Cognitive insight in psychosis: new developments. *Psychosis.* 2019;11(2):131-40.
  16. McCutcheon RA, Keefe RSE, McGuire PK. Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Mol Psychiatry.* 2023; 28(5): 1902-18.
  17. Ben-Zeev D, Young MA, Corrigan PW. DSM-V and the stigma of mental illness. *J Ment Health.* 2012; 19(4): 318-27.
  18. Nazari Serenjeh F, Lotfi-Ghadikolaii N, Mohsenipour S, Ghasemzadeh Z. Human-Induced Pluripotent Stem Cells are a Unique Approach for Modeling Schizophrenia: Calcium Homeostasis. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam.* 2022; 10(3): 98-112.
  19. Ghasemzadeh Z, Khanjani-Jelodar S, Nazari-Serenjeh F, Lotfi Ghadikolaii N. The Role of microRNA in the Pathogenesis of Schizophrenia. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam.* 2022; 11(1): 119-132.
  20. Leucht S, Komossa K, Rummel-Kluge C, Corves C, Hunger H, Schmid F, et al. A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2009; 166(2): 152-63.
  21. Case M, Stauffer VL, Ascher-Svanum H, Conley R, Kapur S, Kane JM, et al. The heterogeneity of antipsychotic response in the treatment of schizophrenia. *Psychol Med.* 2011; 41(6): 1291-300.
  22. Khanmohammadi R, Sheikh M, Bagherzadeh F, Homanian D, Khajavi D. The Effect of Transcranial Direct Stimulation on Balance in Men with Schizophrenic and Depressive Disorder. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam.* 2020; 9(1): 56-67.
  23. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry.* 2014; 204(1): 20-9.
  24. Van Der Gaag M, Valmaggia LR, Smit F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2014; 156(1): 30-7.
  25. Garety PA, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2008; 192(6): 412-23.
  26. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss JS. The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008.
  27. Beck AT, Grant PM, Inverso E, Brinen AP, Perivoliotis D. Recovery-oriented cognitive therapy for serious mental health conditions. New York: Guilford Press; 2020.
  28. Zhang W, Perivoliotis D. Promoting recovery among persons with schizophrenia using recovery-oriented cognitive therapy (CT-R). *Schizophr Res.* 2022; 250: 125-6.
  29. Grant PM, Huh GA, Perivoliotis D, Stolar NM, Beck AT. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2012; 69(2): 121-7.
  30. Grant PM, Bredemeier K, Beck AT. Six-month follow-up of recovery-oriented cognitive therapy for low-functioning individuals with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2017; 68(10): 997-1002.
  31. Novak J, Cather C, Penn D. Recovery-oriented cognitive therapy: a systematic review. *Schizophr Res.* 2020; 215: 45-52.
  32. Beck AT, Himmelstein R, Bredemeier K, Silverstein SM, Grant P, Wright JH. Successfully breaking a 20-year cycle of hospitalizations with recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2013; 64(5): 511-3.
  33. Chang NA, Grant PM, Luther L, Beck AT. Effects of a recovery-oriented cognitive therapy training program on inpatient staff attitudes and incidents of seclusion and restraint. *Community Ment Health J.* 2014; 50(4): 415-21.
  34. Medalia A, Saperstein AM. Does cognitive remediation for schizophrenia improve functional outcomes? *Curr Opin Psychiatry.* 2013; 26(2): 151-7.
  35. Saeedi M, Sharifi Daramadi P, Sharifi Rad Gh. Effectiveness of recovery-oriented cognitive therapy on depression and interpersonal relationships in patients with schizophrenia. *Psychodynamic Mood Disorders Quarterly.* 2024; 3(1): 62-73.
  36. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987; 13(2): 261-76.
  37. Ghamari-Givi H, Moulavi P, Heshmati R.

Exploration of the factor structure of Positive and Negative Syndrome Scale in schizophrenia spectrum disorder. *Clin Psychol J.* 2010; 2(2): 1-10.

38. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res.* 2004; 68(2-3): 319-29.

39. Yousefi R, Oreyzi HR, Sadeghi S. Assessment of cognitive insight in mental disorder: Beck Cognitive Insight Scale. *Journal of Psychology (Iran).* 2008; 11(4): 381-93.

40. Beck AT, Grant P, Inverso E, Brinen AP, Perivoliotis D. Recovery-oriented cognitive therapy for serious mental health conditions. New York: Guilford Press; 2020.

41. Atadokht A, Alaei Kalajahi M, Porzoor P. The Effect of Computer-Based Cognitive Rehabilitation on Improving Cognitive Function, Selective Attention, and Sustained Attention in Patients with Schizophrenia. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam.* 2025; 13(4): 23-39.

42. Khaleghi A, Naderi F, Joharifard R, Javadzadeh M. Comparing the Effectiveness of Task-Oriented Cognitive Rehabilitation and Computer-Based Cognitive Rehabilitation Programs on Cognitive Flexibility in Children with Epilepsy. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam.* 2023; 11(3): 25-35.