



Journal Website

Article history:

Received 22 March 2024

Accepted 15 April 2024

Published online 01 May 2024



Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 3, Issue 1, pp 62-73



E-ISSN: 2981-1759

Effectiveness of Recovery-Oriented Cognitive Therapy on Depression Symptoms and Interpersonal Relationships in Patients with Schizophrenia

Morteza Saeedi¹, Parviz Sharifidaramadi^{2*}, Gholamreza Sharifi Rad³

¹ PhD student, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

² Professor, Department of Exceptional Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author).

³ Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

* Corresponding author email address: dr_sharifidaramadi@yahoo.com

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Esmaeili, H., Salehi, L., & Monavarifard, F. (2024). Effectiveness of Recovery-Oriented Cognitive Therapy on Depression Symptoms and Interpersonal Relationships in Patients with Schizophrenia. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(1), 149-160.



© 2024 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Background and Objective: The aim of this study was to examine the effectiveness of recovery-oriented cognitive therapy on depression symptoms and interpersonal relationships in patients with schizophrenia.

Methods and Materials: The research method was quasi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The statistical population of the present study included all schizophrenic patients admitted to psychiatric residential centers in Tehran in 2023. The sample size consisted of 30 individuals (15 in the experimental group and 15 in the control group) selected by convenience sampling and assigned to two groups. For the experimental group, recovery-oriented cognitive therapy was administered, while the control group remained on the waiting list. Research instruments included the Beck Depression Inventory (Beck, 1987) and the Interpersonal Skills Questionnaire (Manjamizadeh, 2012).

Findings: The results showed that recovery-oriented cognitive therapy had a significant impact on depression symptoms and interpersonal relationships in the post-test and follow-up phases.

Conclusion: The findings of this study provide useful information regarding recovery-oriented cognitive therapy, and psychologists and psychiatrists can use this intervention to improve depression symptoms and interpersonal relationships in patients with schizophrenia.

Keywords: recovery-oriented cognitive therapy, depression symptoms, interpersonal relationships, schizophrenia.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۳ فروردین ۱۴۰۳
پذیرفته شده در تاریخ ۰۳ اردیبهشت ۱۴۰۳
منتشر شده در تاریخ ۰۷ خرداد ۱۴۰۳

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۳، شماره ۱، صفحه ۶۲-۷۳



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر نشانه‌های افسردگی و ارتباط بین فردی بیماران با اختلال اسکیزوفرنی

مرتضی سعیدی^۱، پرویز شریفی درآمدی^۲، غلامرضا شریفی راد^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.
۲. استاد، گروه روان شناسی استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
۳. استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*ایمیل نویسنده مسئول: dr_sharifidaramadi@yahoo.com

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

زمینه و هدف: هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر نشانه‌های افسردگی و ارتباط بین فردی بیماران با اختلال اسکیزوفرنی بود. **مواد و روش:** روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران اسکیزوفرنی بستری در مراکز شبانه-روزی اعصاب و روان شهرستان تهران در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) از جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه گواه و آزمایش جایگماری شدند. برای گروه آزمایشی، درمان شناختی مبتنی بر بهبودی اجرا شد در حالیکه گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی (بک، ۱۹۸۷) و پرسشنامه مهارت ارتباط بین فردی (منجمی‌زاده، ۱۳۹۱) بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر به بهبودی بر به نشانه‌های افسردگی و ارتباط بین فردی در مراحل پس آزمون و پیگیری تاثیر معنی دار داشته است. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش اطلاعات مفیدی را در ارتباط با درمان شناختی مبتنی بر بهبودی فراهم می‌کند و روانشناسان و روانپزشکان می‌توانند برای بهبود نشانه‌های افسردگی و ارتباط بین فردی در بیماران با اختلال اسکیزوفرنی از این مداخله استفاده نمایند.

نحوه استناد به این مقاله:

سعیدی، مرتضی، شریفی درآمدی، پرویز، و شریفی راد، غلامرضا. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر نشانه‌های افسردگی و ارتباط بین فردی بیماران با اختلال اسکیزوفرنی. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۳(۱)، ۶۲-۷۳.



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

کلیدواژگان: درمان شناختی مبتنی بر بهبودی، نشانه‌های افسردگی، ارتباط بین فردی، اسکیزوفرنی.



مقدمه

اسکیزوفرنی یک بیماری روانی شدید است که بیش از ۲۱ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت‌تاثیر قرار می‌دهد و اغلب منجر به ناتوانی مداوم و اختلال در عملکرد شناختی، اجتماعی و عاطفی می‌شود (Orsolini et al., 2022). در حال حاضر اسکیزوفرنی با حداقل علائم مثبت (مانند هذیان و توهم)، علائم منفی (از جمله بی‌لذتی، فقر گفتاری، طفره‌رفتن و کناره‌گیری اجتماعی) و علائم شناختی (مانند نقص در توجه، سرعت پردازش، یادگیری کلامی، یادگیری دیداری فضایی، حل مسئله، حافظه فعال و انعطاف‌پذیری شناختی) شناخته می‌شود (McCutcheon et al., 2020; Menon, 2020; Moura et al., 2022). این بیماری ممکن است به دلیل عوامل ژنتیکی، عوامل عصبی تحولی، تغییرات پاتولوژیک در نواحی مغز، اختلال عملکرد سیستم ایمنی و التهاب عصبی و ناهنجاری‌های مختلف در انتقال‌دهنده‌های عصبی (مانند مسیرهای دوپامینرژیک و گلوتاماترژیک) رخ دهد (DeLisi, 2022; Nasrallah, 2022; Orsolini et al., 2022).

از سویی علائم افسردگی و همچنین اپیزودهای خلق کامل در اسکیزوفرنی رایج است اما باید فقط برای یک دوره نسبتاً کوتاه وجود داشته باشد (از این رو اسکیزوفرنی را از اختلال اسکیزوافکتیو متمایز می‌کند) (Demyttenaere et al., 2022). علائم افسردگی شیوع حدود ۲۵ درصد را در اسکیزوفرنی نشان می‌دهد و ممکن است در تمام مراحل این اختلال رخ دهد (Lako et al., 2012). علائم افسردگی در اسکیزوفرنی نه تنها به این دلیل که به میزان قابل توجهی در رنج ناشی از این بیماری نقش دارند، بلکه به این دلیل که نقص در عملکرد روانی-اجتماعی را تشدید می‌کنند و ممکن است باعث اقدام به خودکشی شود، بسیار مهم هستند (Krynicky et al., 2018). نتایج مطالعه کورل و اسکولر (۲۰۲۰) نشان داد که بین علائم منفی اسکیزوفرنی از قبیل عاطفه، فقر گفتاری، بی‌لذتی، طفره‌رفتن و کناره‌گیری اجتماعی با افسردگی رابطه وجود دارد (Correll & Schooler, 2020).

از طرفی در مقایسه با افراد غیر اسکیزوفرنی، مبتلایان به اسکیزوفرنی حساسیت کمتری نسبت به احساسات و رفتارهای دیگران دارند و توانایی کمتری در انتقال دستورالعمل‌هایی دارند که می‌تواند واکنش‌های مورد انتظار دیگران را هدایت کند؛ در نتیجه، مشکلاتی می‌تواند در روابط بین‌فردی آن‌ها رخ دهد (Miller & Lenzenweger, 2012). اگرچه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی انتظار دارند دوستان خود را داشته باشند، اما بیشتر آن‌ها از تعامل با مردم ترس دارند؛ این به این دلیل است که آن‌ها نمی‌دانند چگونه با دیگران ارتباط برقرار کنند و کنار بیایند (Chen et al., 2020). عملکردهای اجتماعی در اسکیزوفرنی ناهمگن هستند و می‌توانند از تقریباً طبیعی تا شدیداً آسیب دیده متغیر باشند (Dean et al., 2021). گرین، هوران و لی (۲۰۱۵) نشان دادند که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در برخی از فرآیندهای اجتماعی (ادراک چهره، ادراک صدا، ذهنیت‌سازی و تنظیم هیجان) اختلالاتی دارند که می‌تواند به نقص در روابط بین‌فردی منجر شود (Green et al., 2015).

در حال حاضر اساس بیماری اسکیزوفرنی، شامل درمان دارویی است. اما اثربخشی داروهای ضد روان‌پریشی محدودیت‌هایی را نشان داده‌اند (Leucht et al., 2009). اکثر افراد در کوتاه مدت پاسخ آنتی سایکوتیک قابل توجهی از نظر بالینی نشان نمی‌دهند (Case et al., 2011)، عوارض جانبی قابل توجهی که کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد و طول عمر را کوتاه می‌کند رایج است (Moncrieff & Leo, 2010). با توجه به اینکه داروها ابزاری مفید اما محدود برای ارتقای بهبودی اسکیزوفرنی هستند، نیاز به رویکردهای غیردارویی برای این اختلال وجود دارد. فراتحلیل‌ها درمان شناختی رفتاری را برای اسکیزوفرنی به عنوان مؤثرترین روان‌درمانی برای این اختلال معرفی کرده‌اند (Van Der Gaag et al., 2014). با این حال، کارآزمایی توسط گارتی و همکاران (۲۰۰۸) محدودیت‌هایی را در این رویکرد یافت، زیرا افراد مبتلا به اسکیزوفرنی که سابقه عود داشتند، در مقایسه با گروه کنترل، کاهش قابل توجهی در عود نشان ندادند (Garety et al., 2008). بر اساس این یافته‌های تجربی،

¹ -Schizophrenia

² - alogia



پژوهشگران برای درمان اسکیزوفرنی یک رویکرد شناختی-رفتاری جایگزین را توسعه دادند که به شدت تحت تأثیر اصول جنبش بهبودی^۱ است (Davidson et al., 2008). شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی^۲ به طور تجربی باورها و نگرش‌های منفی را خنثی می‌کند در حالی که نگرش‌های مثبت نهفته هر فرد را برای ترویج زندگی سازگارانه پایدار در جامعه فعال می‌کند (Beck et al., 2020). برخی از مولفه‌های کلیدی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی عبارتند از: بازیابی امید، توانمندسازی، ارتباط اجتماعی، داشتن معنا و هدف در زندگی، تغییر هویت، به عهده گرفتن مجدد مسئولیت و کنترل، مدیریت علائم و مبارزه با برچسب (Nowak et al., 2020). در راستای اثربخشی این رویکرد درمانی یافته‌های گرنیت و همکاران (۲۰۱۲) حاکی از موفقیت شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی، در مقایسه با درمان استاندارد در جامعه، برای بیماران سرپایی کم‌کار مبتلا به اسکیزوفرنی یا اختلال اسکیزوافکتیو بود (Grant et al., 2012). گرنیت و همکاران (۲۰۱۷) نیز در مطالعه خود نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی در کاهش علائم منفی و مثبت و ارتقاء عملکرد کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمین اثربخش است (Grant et al., 2017). در پژوهشی دیگر نواک و همکاران (۲۰۱۹) دریافتند که شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی، اعتماد به نفس و امید و عملکرد روانی اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را بهبود بخشید (Nowak et al., 2020).

بنابراین با توجه به عوارض درمان‌های دارویی و اثربخشی کمتر درمان شناختی رفتاری در بهبود علائم اسکیزوفرنی، شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی به عنوان یک رویکرد جدید درمانی، که مطالعات، اثربخشی آن را در بهبود علائم اسکیزوفرنی نشان داده‌اند، مورد توجه قرار گرفت. همچنین به دلیل ضرورت توجه به بیماران مبتلا به اسکیزوفرن و بازگرداندن آن‌ها به جامعه و خانواده‌ها و پذیرش و سازگاری اجتماعی آن‌ها، انجام چنین تحقیقاتی از لحاظ علمی می‌تواند به فهم مکانیسم و روش‌های بهینه در انجام فعالیت‌های مشاوره‌ای و درمانی کمک نماید و زمینه را برای بهبود علائم این بیماران فراهم نماید. لذا با توجه به اهمیت و لزوم درمان علائم مثبت و منفی و کاهش آسیب‌های روانی آن، و اینکه تاکنون پژوهشی در داخل ایران به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی بر روی بیماران اسکیزوفرن نپرداخته است، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی برنامه مداخله‌ای درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر نشانه‌های افسردگی و روابط بین‌فردی بیماران اسکیزوفرنی بستری در مراکز شبانه‌روزی اعصاب و روان انجام گرفت.

مواد و روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران اسکیزوفرنی بستری در مراکز شبانه‌روزی اعصاب و روان شهرستان تهران در سال ۱۴۰۱ بود. از جامعه مذکور بر اساس ملاک‌های ورود ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس که قبلاً توسط روان‌پزشک تشخیص بیماری اسکیزوفرنی دریافت کرده بودند انتخاب شده و سپس در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: رضایت داوطلب برای حضور در پژوهش، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن جسمانی و روانشناختی، حداقل سن ۲۴ و حداکثر ۴۵ سال (این اطلاعات بر اساس پرونده مراجعان و پرسشنامه جمعیت-شناختی کسب شد) و عدم شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر در طول انجام پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: داشتن بیماری روانپزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش و غیبت در بیش از دو جلسه درمانی بود.

¹ - recovery movement

² - Recovery-oriented cognitive therapy (CT-R)

)



پرسشنامه افسردگی بک (BDI): این آزمون توسط بک و همکاران (۱۹۶۱) تدوین و در سال ۱۹۸۷ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. این آزمون شامل ۲۱ ماده است و هر ماده دارای چهار جمله است که هرکدام درجات مختلفی از افسردگی خفیف تا شدید را تعیین می‌کند (۳ تا ۰). نمره کلی از صفر تا ۶۳ است که به این شکل طبقه‌بندی شده‌اند: ۰ تا ۱۳ (هیچ یا کمترین افسردگی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط)، ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید). بک و همکارانش (۱۹۸۷) ضریب پایایی همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه را از (۷۳ درصد) تا (۸۶ درصد) و ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس MMPI، ۷۴ درصد گزارش کرده‌اند. فتی و همکاران (۱۳۸۴) مشخصات روانسنجی این پرسشنامه را در یک نمونه ایرانی بدین شرح گزارش دادند: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه‌آزمون ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به‌فاصله یک هفته ۰/۹۵. همچنین، رحیمی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان کاربرد نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک در دانشجویان ایرانی ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۷ و روایی همزمان این آزمون با پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی و مقیاس افسردگی و استرس ۲۱ سؤالی را خوب گزارش کرده است (Beck et al., 1987; Rahimi, 2014).

پرسشنامه مهارت ارتباط بین‌فردی: این پرسشنامه توسط منجمی‌زاده (۱۳۹۱) ساخته شده و دارای ۱۹ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان مهارت ارتباطی بین فردی در افراد مختلف است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت است که از بسیار پایین (۱) تا بسیار خوب (۵) می‌باشد. مجموع امتیازات این پرسشنامه از ۱۹ تا ۹۵ است که نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده مهارت ارتباط بین فردی بالاتر است و برعکس. منجمی‌زاده برای بررسی اعتبار و روایی این پرسشنامه، همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه برقراری ارتباط مؤثر بررسی کرد و میزان همبستگی ۰/۷۰ را گزارش کرد. همچنین برای پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که پایایی ۰/۷۳ را گزارش کرده است (Zare Baghbid & Etemadifard, 2020).

پس از انتخاب افراد براساس اصول اخلاقی، در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به آن‌ها ارائه شد، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شوند و آن‌ها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت کنندگان گرفته شد. پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه مهارت ارتباط بین‌فردی در مرحله پیش‌آزمون از گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. در مرحله بعد، برای گروه آزمایشی درمان شناختی مبتنی بر بهبودی (Beck et al., 2020) در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در طول چهار هفته و هفته‌ای دو جلسه به شرح زیر اجرا و پس از طی دوره آموزشی بار دیگر ارزیابی‌های مربوط با گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری ۱ ماهه انجام شد.

جلسه ۱: در جلسه اول، هدف اصلی استخراج باورهای فعال در زمان ذهنیت سازگار است. محتوای جلسه شامل استخراج باورهای فعال هنگام انجام فعالیت‌ها می‌باشد. تکالیف این جلسه شامل تکرار جملات تأکیدی همچون "من فرد توانمندی هستم"، "من بر محیط خود کنترل دارم" و "ارتباط برقرار کردن با دیگران برای من ارزشمند است" می‌باشد. همچنین، برای دسترسی و انرژی دادن به ذهنیت سازگار، فعالیت‌های مورد علاقه مشترک بین اعضای گروه شناسایی می‌شوند. تکالیف دیگر شامل یادگیری و آموزش دادن بسکتبال، گوش دادن به موسیقی و آواز خواندن با گروه درمان و داوطلب شدن برای کمک به بیماران بستری در مراکز شبانه‌روزی است.

جلسه ۲: در جلسه دوم، هدف شناسایی معانی رسیدن به اهداف و آرزوهای مورد نظر است. درمانگر از بیماران می‌خواهد تا بهترین قسمت از آرزوی خود را بیان کنند. تکالیف شامل تکرار جملات "من فرد توانمندی هستم"، "من بر محیط خود کنترل دارم" و "ارتباط برقرار کردن با دیگران برای من ارزشمند است" می‌باشد. هدف دیگر استخراج اهداف و آرزوهای مشترک بیماران است که در این راستا بیماران بیان

1. Beck depression inventory

2. Questionnaire of interpersonal communication skills



می‌کنند که در زندگی دنبال چه چیزهایی هستند. تکالیف دیگر شامل یادگیری و آموزش دادن بسکتبال، گوش دادن به موسیقی و آواز خواندن با گروه درمان، و داوطلب شدن برای کمک به بیماران بستری در مراکز شبانه‌روزی است.

جلسات ۳ و ۴: در جلسات سوم و چهارم، هدف شناسایی باورهای زیربنایی چالش‌ها است. محتوای این جلسات شامل شناسایی باورهای منفی که زمینه‌ساز چالش‌ها هستند، می‌باشد. تکالیف شامل بیان جملاتی مانند "من کنترلی روی خودم ندارم"، "در هر صورت من شکست خواهم خورد"، "از چیزهایی که لذت می‌بردم دیگر لذت نخواهم برد"، "من توانایی انجام کارها را ندارم"، و "تا زمانی که انرژی ندارم نمی‌توانم کارها را انجام دهم" می‌باشد. هدف دیگر استخراج چالش‌های فعلی است که شامل شناسایی چالش‌ها و توجه به صداها و کاهش آگاهی بیمار از محیط، انزوا، مشکل در برقراری ارتباط کلامی، ماندن در تخت‌خواب، و عدم فعالیت می‌باشد.

جلسات ۵ و ۶: در جلسات پنجم و ششم، هدف استخراج باورها، آرزوها و معانی در حین انجام تکالیف است. محتوای این جلسات شامل استخراج باورها، آرزوها و معانی بیماران در حین انجام تکالیف می‌باشد. تکالیف شامل بیان جملاتی مانند "من توانایی کمک گرفتن از دیگران را دارم"، "من از زندگی لذت می‌برم"، "من می‌توانم اهدافی را دنبال کنم"، "من توانایی برقراری ارتباط با دیگران را دارم"، و "من به زندگی امیدوار هستم" می‌باشد. هدف دیگر اجرای راهبردها و مداخلات است که شامل یادگیری و آموزش دادن بسکتبال، کسب اطلاعات در مورد قوانین بازی بسکتبال، تماشای ویدئو از بازی بسکتبال، خرید وسایل مورد نیاز بازی بسکتبال، دعوت از سایر بیماران و آموزش مقدماتی به بیماران، و ایجاد مسابقات هفتگی در محیط مرکز با سایر بیماران می‌باشد.

جلسات ۷ و ۸: در جلسات هفتم و هشتم، محتوای جلسه شامل استخراج باورها، آرزوها و معانی در حین انجام تکالیف است. تکالیف شامل کاهش انزوا، تکرار جملاتی مانند "من می‌توانم از زندگی لذت ببرم"، "من توانایی برقراری ارتباط با دیگران را دارم"، "من آدم هدفمندی هستم"، و "من قدرتمند و توانا هستم" می‌باشد. محتوای دیگر جلسه شامل گوش دادن به موسیقی است. تکالیف شامل پخش اولین موسیقی، گوش دادن به موسیقی به همراه دوستان، صحبت کردن درباره موسیقی مورد علاقه با دوستان، دیدن فیلم‌های آموزشی در مورد سازهای مختلف، و نواختن ساز مورد علاقه در حضور دیگران می‌باشد.

جلسات ۹ و ۱۰: در جلسات نهم و دهم، محتوای جلسه شامل استخراج باورها، آرزوها و معانی بیماران در حین انجام تکالیف است. تکالیف شامل تکرار جملاتی مانند "من آدم توانمندی هستم و می‌توانم به دیگران کمک کنم"، "من انسان مفیدی هستم"، "من با دیگران برابر هستم"، "من آدم خوبی هستم"، و "مردم مرا می‌پذیرند و مرا دوست دارند" می‌باشد. محتوای دیگر جلسه شامل داوطلب کمک به بیماران در مراکز شبانه‌روزی است. تکالیف شامل اخذ اطلاعات در مورد نحوه کمک به بیماران، برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌های داوطلبانه، داوطلب شدن در مرکز توانبخشی، ارائه توصیه در مورد تجارب خود به بیماران دیگر، و کمک به بیماران در سرو کردن غذا می‌باشد.

جلسات ۱۱ و ۱۲: در جلسات یازدهم و دوازدهم، محتوای جلسه شامل استخراج باورها، آرزوها و معانی بیماران در حین انجام تکالیف است. تکالیف شامل تکرار جملاتی مانند "من آدم توانمندی هستم و می‌توانم به دیگران کمک کنم"، "من انسان مفیدی هستم"، "من با دیگران برابر هستم"، "من آدم خوبی هستم"، و "مردم مرا می‌پذیرند و مرا دوست دارند" می‌باشد. محتوای دیگر جلسه شامل داوطلب کمک به بیماران در مراکز شبانه‌روزی است. تکالیف شامل اخذ اطلاعات در مورد نحوه کمک به بیماران، برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌های داوطلبانه، داوطلب شدن در مرکز توانبخشی، ارائه توصیه در مورد تجارب خود به بیماران دیگر، و کمک به بیماران در سرو کردن غذا می‌باشد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام یافت.



یافته‌ها

براساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی گروه آزمایش برابر با $31/50 \pm 1/38$ و میانگین سنی گروه گواه برابر با $32/50 \pm 0/50$ سال بود. در گروه آزمایش ۲۰ درصد (۳ نفر) از شرکت‌کنندگان دیپلم، ۲۶/۶ درصد (۴ نفر) فوق دیپلم، ۴۰ درصد (۶ نفر) لیسانس و ۶/۶ درصد (۲) فوق لیسانس بودند، همچنین در گروه گواه ۲۶/۶ درصد (۴ نفر) از شرکت‌کنندگان دیپلم، ۲۶/۶ درصد (۴ نفر) فوق دیپلم، ۴۶/۶ درصد (۷ نفر) لیسانس بودند. در ادامه آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	۲۴/۰۶	۱/۳۳	۲۱/۰۶	۱/۹۰
	گواه	۲۳/۶۷	۰/۹۷	۲۳/۴۰	۱/۵۹
ارتباط بین‌فردی	آزمایش	۴۲/۶۰	۳/۸۱	۵۰/۵۳	۲/۲۹
	گواه	۴۴/۱۳	۴/۵۴	۴۲/۹۳	۳/۸۸

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش و نمرات ارتباط بین‌فردی افزایش بیشتری داشته است. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه رد نشد ($P > 0/05$). از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد برابری واریانس در مؤلفه‌های افسردگی ($P > 0/05$)، $F=2/983$ و ارتباط بین‌فردی ($F=0/042, P > 0/05$) در گروه‌ها رد نشد. همچنین نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس-گایزر در مدل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کوواریانس برقرار است. نتایج آماره لامبدای ویلکز در آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/001$).

جدول ۲

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین‌گروهی

مؤلفه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
افسردگی	۱۰۳/۶۲۲	۱/۵۴۰	۶۷/۲۷۲	۲۴/۱۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶۳
	۴۴/۸۲۲	۱/۵۴۰	۲۹/۰۹۹	۱۰/۴۳۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷۲
	۵۶/۰۱۱	۱	۵۶/۰۱۱	۲۰/۷۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۵
ارتباط بین‌فردی	۲۰۸/۲۸۹	۱/۲۷۰	۱۶۳/۹۹۸	۳۹/۸۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۸



۰/۷۴۸	۰/۰۰۱	۸۲/۹۱۵	۳۴۰/۸۲۱	۱/۲۷۰	۴۳۲/۸۶۷	تعامل مراحل و گروه
۰/۳۶۲	۰/۰۰۱	۱۵/۸۵۸	۴۹۰/۰۰۰	۱	۴۹۰/۰۰۰	گروه

نتایج **جدول ۲** نشان می‌دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای ابعاد متغیرهای افسردگی ($۱۰/۴۳۹$) و ارتباط بین فردی ($۸۲/۹۱۵$) معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در **جدول ۳** آمده است.

جدول ۳

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرهای پژوهش برای ۳ بار اجرا

مؤلفه	مراحل	گروه آزمایش	سطح معناداری
		تفاوت میانگین‌ها	
افسردگی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۶۳۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۶۰۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۹۶۷	۰/۱۴۴
ارتباط بین فردی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳/۳۶۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۳/۰۶۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۳۰۰	۰/۴۶۶

با توجه به **جدول ۳**، در متغیر افسردگی میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری به صورت معنی‌داری کمتر از مرحله پیش‌آزمون است ($P < ۰/۰۰۱$)، درحالی‌که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P > ۰/۰۰۱$). اما در گروه گواه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ($P > ۰/۰۰۱$). همچنین، در متغیر ارتباط بین فردی میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری به صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون است ($P < ۰/۰۰۱$)، درحالی‌که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P > ۰/۰۰۱$). اما در گروه گواه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ($P > ۰/۰۰۱$). این یافته بدان معنی است که درمان شناختی مبتنی بر بهبودی نه تنها منجر به بهبود افسردگی و مهارت ارتباط بین فردی در گروه آزمایش شده است، بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه مداخله‌ای درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر نشانه‌های افسردگی و روابط بین فردی بیماران اسکیزوفرنی بستری در مراکز شبانه‌روزی اعصاب و روان انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر نشانه‌های افسردگی بیماران اسکیزوفرنی اثربخش است. این یافته با برخی از نتایج پژوهش‌های پیشین (Beck et al., 2020; Chang et al., 2014; Grant, 2019; Grant et al., 2017; Grant et al., 2012; Grant et al., 2018; Grant et al., 2014; Nowak et al., 2020) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی تأکید می‌کند که آن‌چه برای مردم کارساز است، پیگیری فعالیت‌های پایدار است که به زندگی آن‌ها مقدار زیادی معنا می‌دهد. در قلب تمرین شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی، درمانگر اعتماد را ایجاد می‌کند، با فرد همکاری می‌کند تا هدف یا ماموریت او در زندگی را توسعه و تحقق بخشد، و توجه را به معانی غنی که باورهای مثبت را تقویت می‌کند و



باورهای منفی را خنثی می‌کند، جلب می‌کند؛ در نتیجه به نظر می‌رسد شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی با ایجاد معنا در زندگی و تقویت باورهای مثبت می‌تواند نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد (Grant, 2019). از سویی مطالعات نشان می‌دهد که افراد با نشانه‌های افسردگی در انتهای پایین زنجیره عملکرد، نگرش منفی در مورد توانایی خود برای دستیابی به اهداف شخصی دارند ("هیچ فایده‌ای برای تلاش وجود ندارد زیرا من فقط شکست خواهم خورد")؛ اما شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی از طریق انواع مداخلات تجربی (به عنوان مثال، ترویج کنش مثبت، آموزش مهارت‌ها، بازسازی شناختی) برای هدف قرار دادن این نگرش‌های منفی و باورهای مرتبط به منظور تقویت تغییر، ترویج تسلط شخصی، و حذف موانع برای حرکت خودپایدار به سمت بهبود استفاده می‌کند و می‌تواند در کاهش نشانه‌های افسردگی اثربخش باشد (Chang et al., 2014). در واقع شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی با گسترش رویکرد مشکل محور برای تعیین هدف، بر توسعه آرزوهای شخصی ارزشمند و زندگی محور تأکید دارد؛ به افراد کمک می‌کند تا تصویری واضح و قدرتمند از آینده مورد نظرشان ایجاد کنند؛ مرکز این امر شناسایی معنای اصلی آرزو است. برای مثال، معنای اصلی پرستار شدن می‌تواند کمک به مردم و تبدیل جهان به مکانی بهتر باشد. معنای اصلی داشتن یک شریک می‌تواند به اشتراک گذاشتن تجربیات خوب و حمایت متقابل در زمانی که شرایط سخت می‌شود باشد. توسعه آرزوها، امید را برمی‌انگیزد، ارزش‌ها را برمی‌انگیزد و اقدامات روزانه را برای دستیابی به هدف و زمینه‌سازی در جهت غلبه بر چالش‌ها (مانند نشانه‌های افسردگی) جهت می‌دهد (Grant et al., 2017). در طول این فعالیت‌ها، فرد می‌تواند باورهای خود را در مورد توانایی رسیدن به زندگی مورد نظر و توانایی ایجاد تغییر در جهان تقویت کند. تجربه منظم دستیابی به معنای آرزوهای فرد می‌تواند تأثیر عمیقی داشته باشد؛ پتانسیل فرد تحقق می‌یابد، حرکت ایجاد می‌شود، و پیشرفت در راستای کاهش نشانه‌های افسردگی قابل لمس می‌شود (Beck et al., 2020). علاوه بر این، امید برای شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی یک اصل مرکزی است و مردم برای جمع‌آوری منابع لازم برای غلبه بر چالش‌های ناتوانی‌های روان‌پزشکی، از جمله افسردگی، به امید به خود و آینده‌شان نیاز دارند (Nowak et al., 2020). در نهایت می‌توان گفت که با از بین بردن موانع دستیابی به هدف و داشتن یک زندگی بدون برچسب و معنادار، بهبودی در نشانه‌های افسردگی از طریق افزایش اقدامات مثبت و حذف موانع به منظور تداوم عمل، تسریع می‌شود (Chang et al., 2014). در نتیجه به نظر می‌رسد مجموعه این تکنیک‌ها و مهارت‌ها می‌تواند در ایجاد یک نگرش مثبت به خود و دنیا مفید باشد و بتواند به کاهش نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کمک کند.

یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داد که برنامه مداخله‌ای درمان شناختی مبتنی بر بهبودی بر روابط بین‌فردی بیماران اسکیزوفرنی بستری در مراکز شبانه‌روزی اعصاب و روان اثربخش است. این یافته با برخی از نتایج پیشین (Beck et al., 2020; Chang et al., 2014; Grant et al., 2019; Grant et al., 2017; Grant et al., 2012; Grant et al., 2018; Grant et al., 2014; Nowak et al., 2020) تبیین این یافته می‌توان گفت که قطع ارتباط با دیگران منجر به بدتر شدن چالش‌ها (آسیب به خود یا دیگران) می‌شود که منجر به بستری شدن در بیمارستان می‌شود. این یک چرخه نزولی است: انزوا منجر به تضعیف روحیه و به حاشیه راندن بیشتر فرد می‌شود (Chang et al., 2014; Grant et al., 2014). در واقع رفتارهای چالش برانگیز مانند انزوا طلبی، به نوبه خود، به عنوان مانع‌هایی برای روابط بین فردی بیمار تصور می‌شود که، با مداخلات شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی برای تشویق بیمار، به امید، مهارت و تسلط بر رفتار باعث می‌شود تا با کمک این تکنیک‌ها از تشدید رفتار ناسازگار تا حد مداخله فیزیکی یا شیمیایی جلوگیری کنند (Grant et al., 2018; Nowak et al., 2020). افزون بر این شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی برای ارتقاء روابط بین‌فردی و کاهش انزوا، به دنبال پیدا کردن حالت تطبیقی فرد است. اصطلاح حالت تطبیقی، باورها، احساسات و اعمال مثبتی را در بر می‌گیرد که زمانی که افراد در بهترین حالت خود هستند ظاهر می‌شوند. هنگامی که نحوه دسترسی به حالت تطبیقی یک فرد مشخص شد، ما با مجموعه‌ای گسترده و قابل پیش‌بینی از فعالیت‌ها به انرژی بخشیدن و ایجاد این



شیوه زندگی کمک می‌کنیم؛ چرا که اطمینان از اینکه فرد حالت تطبیقی را به طور مکرر و قابل پیش‌بینی تجربه می‌کند انرژی را است. تجربیات مثبت اجتماعی فرصت کافی برای نتیجه‌گیری در مورد توانایی شخصی، ارزش انجام کارها با دیگران و اینکه چگونه فعالیت منجر به انرژی بیشتر می‌شود، فراهم می‌کند. این تکنیک شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی، روابط بین‌فردی مناسب را به ارمغان می‌آورد (Grant, 2019). از طرفی شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی بر دستیابی به بهترین خود فرد، از طریق فعالیت‌های مشترک مانند گوش دادن به موسیقی، تماشای فیلم، پیاده روی، لذت بردن از قهوه یا غذا، بحث در مورد ورزش یا مسافرت، یا تمرکز بر چیزی که در حال انجام است تمرکز می‌کند؛ این راهی برای ایجاد ارتباط و اعتماد و اجتناب از فعال کردن باورهایی است که افراد مبتلا به چالش‌های سلامت روان را از تعامل با دیگران منصرف می‌کند (Beck et al., 2020). از سویی شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی برای کمک به فرد در دستیابی به آرزوهای معنادار و ارزشمند و فعال کردن نگرش‌های مثبت فرموله شده است؛ انگیزه مثبت و تماس بین‌فردی با درگیر شدن و همکاری درمانگر با فرد در درمان، برای دستیابی موفقیت‌آمیز به اهداف نزدیک (فعال بودن، شرکت در فعالیت‌های گروهی، کمک به افراد دیگر) که با آرزوهای بلندمدت معنی‌دار مرتبط است، تقویت می‌شود (Grant et al., 2018).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر به شیوه نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود تا روایی بیرونی پژوهش ارتقاء یابد. همچنین پیشنهاد می‌گردد این روش درمانی با سایر روش‌های درمان روان‌شناختی بر روی این بیماران مقایسه شود تا اثربخشی و کارایی آن در مقایسه با دیگر رویکردها مورد بررسی قرار گیرد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.



References

- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1987). *Beck Depression Inventory*: Harcourt Brace Jovanovich New York. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=114740>
- Beck, A. T., Grant, P., Inverso, E., Brinen, A. P., & Perivoliotis, D. (2020). *Recovery-oriented cognitive therapy for serious mental health conditions*. Guilford Publications. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Mr3yDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=1.+Beck,+A.+T.,+Grant,+P.,+Inverso,+E.,+Brinen,+A.+P.,+%26+Perivoliotis,+D.+%282020%29.+Recovery-oriented+cognitive+therapy+for+serious+mental+health+conditions.+Guilford+Publications.&ots=61B68y7z2t&sig=N-veOFC0l7cT3wASrjYzxmVik>
- Case, M., Stauffer, V. L., Ascher-Svanum, H., Conley, R., Kapur, S., Kane, J. M., Kollack-Walker, S., Jacob, J., & Kinon, B. J. (2011). The heterogeneity of antipsychotic response in the treatment of schizophrenia. *Psychological medicine*, 41(6), 1291-1300. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001893>
- Chang, N. A., Grant, P. M., Luther, L., & Beck, A. T. (2014). Effects of a Recovery-Oriented Cognitive Therapy Training Program on Inpatient Staff Attitudes and Incidents of Seclusion and Restraint. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 415-421. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9675-6>
- Chen, S.-H., Huang, X.-Y., & Cheng, J.-F. (2020). Experiences of interpersonal interaction among patients with chronic schizophrenia: A phenomenological study. *Perspectives in psychiatric care*, 56(3), 508-514. <https://doi.org/10.1111/ppc.12459>
- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: a review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 519-534. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/NDT.S225643>
- Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M. J., & Lawless, M. S. (2008). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195304770.001.0001>
- Dean, D. J., Scott, J., & Park, S. (2021). Interpersonal Coordination in Schizophrenia: A Scoping Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*, 47(6), 1544-1556. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab072>
- DeLisi, L. E. (2022). Redefining schizophrenia through genetics: A commentary on 50 years searching for biological causes. *Schizophrenia Research*, 242, 22-24. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.017>
- Demyttenaere, K., Anthonis, E., Acsai, K., & Correll, C. U. (2022). Depressive Symptoms and PANSS Symptom Dimensions in Patients With Predominant Negative Symptom Schizophrenia: A Network Analysis [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.795866>
- Garety, P. A., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192(6), 412-423. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.043570>
- Grant, P. (2019). Recovery-oriented cognitive therapy: A theory-driven, evidence-based, transformative practice to promote flourishing for individuals with serious mental health conditions that is applicable across mental health systems. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors. https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/TAC_Paper_7_508C_1.pdf
- Grant, P. M., Bredemeier, K., & Beck, A. T. (2017). Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 68(10), 997-1002. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600413>
- Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Stolar, N. M., & Beck, A. T. (2012). Randomized Trial to Evaluate the Efficacy of Cognitive Therapy for Low-Functioning Patients With Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69(2), 121-127. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.129>
- Grant, P. M., Perivoliotis, D., Luther, L., Bredemeier, K., & Beck, A. T. (2018). Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy. *Psychological medicine*, 48(2), 261-268. <https://doi.org/10.1017/S003329171700160X>
- Grant, P. M., Reisweber, J., Luther, L., Brinen, A. P., & Beck, A. T. (2014). Successfully breaking a 20-year cycle of hospitalizations with recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia. *Psychological Services*, 11(2), 125-133. <https://doi.org/10.1037/a0033912>
- Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620-631. <https://doi.org/10.1038/nrn4005>
- Krynicki, C. R., Upthegrove, R., Deakin, J. F. W., & Barnes, T. R. E. (2018). The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(5), 380-390. <https://doi.org/10.1111/acps.12873>
- Lako, I. M., Bruggeman, R., Knegtering, H., Wiersma, D., Schoevers, R. A., Slooff, C. J., & Taxis, K. (2012). A systematic review of instruments to measure depressive symptoms in patients with schizophrenia. *Journal of affective disorders*, 140(1), 38-47. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.014>



- Leucht, S., Komossa, K., Rummel-Kluge, C., Corves, C., Hunger, H., Schmid, F., Asenjo Lobos, C., Schwarz, S., & Davis, J. M. (2009). A Meta-Analysis of Head-to-Head Comparisons of Second-Generation Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 166(2), 152-163. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08030368>
- McCutcheon, R. A., Reis Marques, T., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia—An Overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201-210. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3360>
- Menon, V. (2020). Brain networks and cognitive impairment in psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 19(3), 309-310. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/wps.20799>
- Miller, A. B., & Lenzenweger, M. F. (2012). Schizotypy, social cognition, and interpersonal sensitivity. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(4), 379-392. <https://doi.org/10.1037/a0027955>
- Moncrieff, J., & Leo, J. (2010). A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume. *Psychological medicine*, 40(9), 1409-1422. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992297>
- Moura, B. M., Isvoranu, A.-M., Kovacs, V., Van Rooijen, G., Van Amelsvoort, T., Simons, C. J. P., Bartels-Velthuis, A. A., Bakker, P. R., Marcelis, M., De Haan, L., & Schirmbeck, F. (2022). The Puzzle of Functional Recovery in Schizophrenia-Spectrum Disorders—Replicating a Network Analysis Study. *Schizophrenia Bulletin*, 48(4), 871-880. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac018>
- Nasrallah, H. A. (2022). Re-inventing the schizophrenia syndrome: The elusive “theory of everything”. *Schizophrenia Research*, 242, 106-108. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.006>
- Nowak, I., Świtaj, P., Oberhauser, C., & Anczewska, M. (2020). Factors Predicting Response to the Recovery-Oriented Cognitive Behavioural Workshop for Persons Diagnosed with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 56(6), 1115-1120. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00595-7>
- Orsolini, L., Pompili, S., & Volpe, U. (2022). Schizophrenia: A Narrative Review of Etiopathogenetic, Diagnostic and Treatment Aspects. *Journal of clinical medicine*, 11(17).
- Rahimi, C. (2014). Application of the Beck Depression Inventory-II in Iranian University Students. *Clinical Psychology and Personality*, 12(1), 173-188. https://cpap.shahed.ac.ir/article_2711.html
- Van Der Gaag, M., Valmaggia, L. R., & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156(1), 30-37. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996414001340>
- Zare Baghbidi, M., & Etemadifard, A. (2020). Determining the Mediating Role of Communication Skills in the Relationship between alexithymia and marital burnout of divorce client Couples in Yazd. *Social Psychology Research*, 10(38), 135-150. <https://doi.org/10.22034/spr.2020.114700>