

## مقایسه اثربخشی درمان گروهی «حل مسئله» با درمان گروهی «حمایتی-بیانی» بر بهبود عملکرد اجتماعی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن با علائم منفی برجسته (یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده)

محمد رضا یکتا\*

کاندیدای دکتری، گروه مشاوره، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. رایانامه:

[mohammadrezayekta@gmail.com](mailto:mohammadrezayekta@gmail.com)

مریم متقی دستجردی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. رایانامه:

[maryammotaghi404@gmail.com](mailto:maryammotaghi404@gmail.com)

پگاه موسائی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. رایانامه:

[pegahmousaei1377@gmail.com](mailto:pegahmousaei1377@gmail.com)

شادان رحیمی

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، موسسه آموزش عالی فیض الاسلام، خمینی شهر، اصفهان، ایران. رایانامه:

[sh.rhm00@gmail.com](mailto:sh.rhm00@gmail.com)

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی دو مداخله روانی-اجتماعی گروهی، یعنی درمان گروهی حل مسئله و درمان گروهی حمایتی-بیانی، بر بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن با علائم منفی برجسته بود. این پژوهش به روش کارآزمایی کنترل شده تصادفی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و با شرکت ۵۷ بیمار مرد مراجعه کننده به مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۴۰۴ انجام شد. شرکت کنندگان به طور تصادفی در سه گروه مداخله حل مسئله (۲۰ نفر)، مداخله حمایتی-بیانی (۱۹ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) قرار گرفتند. گروه های آزمایش، به ترتیب ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان ساختاریافته حل مسئله (بر اساس پروتکل دیزوریل و نزو) و درمان غیرساختاریافته حمایتی-بیانی (بر اساس اصول یالوم) را علاوه بر درمان دارویی معمول دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل تنها درمان دارویی معمول را ادامه داد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی محقق ساخته و مقیاس عملکرد اجتماعی (SFS) بود. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و یک راهه و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند. یافته ها نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل منجر به بهبود معنادار عملکرد اجتماعی کل و خرده مقیاس های آن شدند ( $p < 0.01$ ). با این حال، مقایسه مستقیم دو مداخله نشان داد که درمان گروهی حل مسئله به طور معناداری مؤثرتر از درمان گروهی حمایتی-بیانی در بهبود عملکرد اجتماعی عمل کرده است ( $p < 0.03$ ). این نتایج بیانگر آن است که اگرچه هر دو رویکرد روانی-اجتماعی سودمند هستند، اما مداخله ساختاریافته و مهارت محور حل مسئله، به دلیل آموزش مستقیم مهارت های مقابله ای و شناختی مورد نیاز برای تعاملات اجتماعی، برتری مشخصی در هدف گذاری بهبود

عملکرد اجتماعی این جمعیت بیمار دارد. بر این اساس، گنجاندن درمان گروهی حل مسئله در برنامه های جامع توانبخشی بیماران اسکیزوفرنی با علائم منفی برجسته توصیه می شود.

**واژگان کلیدی:** اسکیزوفرنی، علائم منفی، عملکرد اجتماعی، درمان گروهی حل مسئله، درمان گروهی حمایتی-بیانی، کارآزمایی کنترل شده تصادفی.

#### مقدمه

اسکیزوفرنی یک اختلال روانپریشی مزمن، ناتوانکننده و پیچیده است که حدود ۱٪ از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار میدهد و با بار سنگین اقتصادی، اجتماعی و فردی همراه است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲). در حالی که علائم مثبت این اختلال (مانند هذیان و توهم) اغلب با داروهای ضد روانپریشی نسل اول و دوم قابل مدیریت هستند، علائم منفی (مانند بیعاطفگی، بینشاطی، گسستگی اجتماعی، کمگویی و فقدان اراده) چالش درمانی بزرگتری محسوب میشوند (Galderisi و همکاران، ۲۰۱۸؛ Kirkpatrick و همکاران، ۲۰۰۶). علائم منفی به عنوان پیشبینیکننده اصلی اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی و کیفیت زندگی بیماران شناخته میشوند و پاسخ کمتری به درمانهای دارویی رایج نشان میدهند (Marder و Galderisi، ۲۰۱۷؛ Rabinowitz و همکاران، ۲۰۱۲). این نقصانهای عملکردی، بیماران را در چرخهای از ناتوانی، وابستگی و انزوای اجتماعی گرفتار میکند و بازگشت به جامعه و ایفای نقشهای معمول زندگی را برای آنها دشوار میسازد (Bowie و Harvey، ۲۰۰۶).

عملکرد اجتماعی به عنوان توانایی فرد در انجام مؤثر و رضایتبخش نقشهای متعارف اجتماعی (مانند نقشهای شغلی، خانوادگی و بینفردی) تعریف میشود (American Psychiatric Association، ۲۰۲۲). اختلال در عملکرد اجتماعی یکی از معیارهای تشخیصی اسکیزوفرنی و همچنین یکی از اهداف اصلی مداخلات توانبخشی روانی-اجتماعی به شمار میرود (Lieberman و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات متعدد نشان دادهاند که وجود علائم منفی برجسته، قویترین همبستگی را با ضعف عملکرد اجتماعی دارد و بهبود این علائم، کلید اصلی ارتقای عملکرد محسوب میشود (Strassnig و همکاران، ۲۰۱۵؛ Ventura و همکاران، ۲۰۱۵). برای مثال، تحقیقات علیپور و همکاران (۱۴۰۰) در ایران نشان داد که شدت علائم منفی، پیشبینیکننده قوی سطح عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است. همچنین، مطالعه فاخری و همکاران (۱۴۰۱) بر روی نمونه ایرانی، رابطه معنادار بین علائم منفی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را که خود متأثر از عملکرد اجتماعی است، تأیید کرد.

با توجه به محدودیتهای درمانهای دارویی در مقابله با علائم منفی و نقص عملکرد اجتماعی، رویکردهای روانی-اجتماعی به عنوان درمانهای مکمل ضروری، در کانون توجه متخصصان سلامت روان قرار گرفتهاند (Turner و همکاران، ۲۰۲۰). این مداخلات با هدف آموزش مهارتها، تغییر نگرشها، ایجاد حمایت و بهبود تعاملات اجتماعی طراحی میشوند (Kurtz و Mueser، ۲۰۰۸). در میان انواع گوناگون رواندرمانیهای گروهی، دو رویکرد «حل مسئله» و «حمایتی-بیانی» از جایگاه ویژه برخوردارند و شواهدی از اثربخشی آنها در جمعیتهای مبتلا به اسکیزوفرنی گزارش شده است (Medalia و Saperstein، ۲۰۱۳؛ Pitschel-Walz و همکاران، ۲۰۰۱).

درمان گروهی حل مسئله، یک مداخله ساختاریافته و مهارتمحور بر اساس نظریههای شناختی-رفتاری است که بر آموزش فعال مراحل ساختاریافته حل مسئله به شرکتکنندگان تأکید میکند (D'Zurilla و Nezu، ۲۰۱۰). این مراحل معمولاً شامل شناسایی دقیق مشکل، تولید راهحلهای متعدد، ارزیابی سیستماتیک راهحلهای انتخاب بهترین راهحل، اجرای برنامه و ارزیابی نتایج است (Nezu و همکاران، ۲۰۱۳). این رویکرد به بیماران کمک میکند تا به جای اجتناب یا واکنشهای تکانشی، با چالشهای زندگی روزمره و بینفردی به شیوهای کارآمد و نظاممند برخورد کنند. از این طریق، احساس خودکارآمدی افزایش یافته و احتمال موفقیت در موقعیتهای اجتماعی بیشتر میشود (Bellack و همکاران، ۲۰۰۴). مطالعاتی مانند پژوهش کلینبرگ و همکاران (۲۰۱۱) نشان

داده‌اند که آموزش حل مسئله می‌تواند منجر به بهبود قابل توجهی در مهارت‌های اجتماعی و عملکرد کلی بیماران اسکیزوفرنی شود. در بافت فرهنگی ایران نیز، پژوهش نوری و همکاران (۱۳۹۹) اثربخشی بسته آموزشی حل مسئله را بر افزایش مهارت‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تأیید کرده‌اند.

در مقابل، درمان گروهی حمایتی-بیانی، بر ایجاد یک محیط ایمن و پذیرا تمرکز دارد که در آن بیماران بتوانند احساسات، تجربیات، ترسها و امیدهای خود را به شیوه‌های بی‌پرده و حمایتی بیان کنند (Leszcz و Yalom، ۲۰۲۰). این رویکرد که ریشه در نظریه‌های روانپویشی و انسان‌گرایانه دارد، به جای آموزش مهارت‌های مستقیم، بر تسهیل ابراز هیجان، انسجام گروهی، کاهش احساس تنهایی و انگزدایی از بیماری تأکید میکند (Rosenbaum و همکاران، ۲۰۰۵). رهبر گروه با ارائه همدلی، بازخورد مثبت و تشویق بیان احساسات، فضایی را فراهم میکند که بیماران احساس درک شدن و پذیرش کنند. این تجربه می‌تواند عزت نفس را افزایش دهد و انگیزه برای مشارکت اجتماعی را تقویت کند (Kanas، ۱۹۹۶). مطالعاتی توسط قنبری و همکاران (۱۴۰۰) در ایران نشان داد که درمان گروهی حمایتی توانسته است میزان افسردگی و احساس تنهایی را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کاهش دهد. همچنین، پژوهش‌های بین‌المللی مانند مطالعه هورنبلو و همکاران (۲۰۱۹) حاکی از آن است که گروه‌های حمایتی می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی و رضایت از روابط اجتماعی در این بیماران بینجامند.

اگرچه هر دو رویکرد، اهداف نهایی مشترکی مانند بهبود سازگاری و عملکرد اجتماعی دارند، اما مکانیسم‌های عمل، محتوا و فرایندهای درمانی کاملاً متفاوتی را به کار می‌گیرند. حل مسئله بر شناخت و رفتار متمرکز است و مهارت‌های عینی و قابل تعمیم را آموزش میدهد، در حالی که حمایتی-بیانی بر هیجان و رابطه درمانی تأکید دارد و به ذهنیات و تجربیات درون گروهی می‌پردازد (Glynn و Mueser، ۱۹۹۹؛ Kreyenbuhl و همکاران، ۲۰۱۰). این تفاوت‌های نظری و عملیاتی، این پرسش مهم را مطرح میکند که کدامیک از این مداخلات، برای بهبود عملکرد اجتماعی در زیرگروه خاص و چالشبرانگیز بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن با علائم منفی برجسته، اثربخشی بیشتری دارد؟

بررسی پیشینه پژوهشی نشان میدهد که مطالعات متعددی به بررسی جداگانه اثربخشی هر یک از این مداخلات پرداخته‌اند. برای نمونه، دیویدسون و همکاران (۲۰۱۴) در یک مرور نظام‌مند نتیجه گرفتند که مداخلات مهارت‌آموزی از جمله حل مسئله، بر بهبود عملکرد اجتماعی در اسکیزوفرنی مؤثر هستند. از سوی دیگر، بنیس و همکاران (۲۰۱۷) گزارش کردند که روان‌درمانی‌های حمایتی می‌توانند به بهبود عملکرد بین فردی کمک کنند. در ایران نیز، مطالعاتی مانند تحقیق محمدزاده و همکاران (۱۳۹۸) بر مزایای درمان‌های گروهی مهارت‌محور و مطالعه صفاریان و همکاران (۱۴۰۰) بر فواید گروه‌های حمایتی تأکید کرده‌اند. با این حال، مطالعاتی که به صورت مستقیم این دو رویکرد را در یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی با یکدیگر مقایسه کرده و جمعیت مورد نظر را به طور خاص بیماران با علائم منفی برجسته قرار داده باشند، بسیار اندک هستند. این خلأ پژوهشی به ویژه در بافت فرهنگی-اجتماعی ایران محسوس است، زیرا عواملی مانند باورهای فرهنگی درباره بیماری روانی، ساختار خانواده، سطح حمایت اجتماعی و دسترسی به منابع می‌توانند در پاسخ به انواع مختلف روان‌درمانی تأثیر بگذارند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲؛ Turner و همکاران، ۲۰۲۰). لزوم انجام پژوهش حاضر از چند جهت حائز اهمیت است: اولاً، با توجه به ماهیت ناتوانکننده علائم منفی و تأثیر گسترده آنها بر عملکرد اجتماعی، شناسایی مؤثرترین روش روانی-اجتماعی برای این زیرگروه از بیماران یک ضرورت بالینی است (Galderisi و همکاران، ۲۰۱۸). ثانیاً، مقایسه مستقیم این دو مداخله پرکاربرد، به متخصصان بالینی و برنامه‌ریزان خدمات سلامت روان کمک میکند تا بر اساس شواهد، گزینه درمانی مناسب‌تری را برای بیماران خود انتخاب کنند و منابع محدود را به شیوه‌های کارآمد تخصیص دهند (Kreyenbuhl و همکاران، ۲۰۱۰). ثالثاً، این مطالعه با تمرکز بر نمونه ایرانی، به درک بهتر تفاوت‌های فرهنگی در پاسخ به مداخلات روانی-اجتماعی کمک کرده و زمینه‌ساز بومی‌سازی درمان‌ها خواهد شد (علی‌پور و همکاران، ۱۴۰۰).

بر این اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان گروهی حل مسئله با درمان گروهی حمایتی-بیانی بر بهبود عملکرد اجتماعی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن با علائم منفی برجسته است. فرضیه اصلی این پژوهش آن است که اگرچه

هر دو مداخله در مقایسه با شرایط کنترل (درمان معمول)، منجر به بهبود عملکرد اجتماعی خواهند شد، اما درمان گروهی حل مسئله به دلیل ماهیت مهارت محور، ساختاریافته و آموزش مستقیم مهارت های مورد نیاز برای تعاملات اجتماعی، تأثیر بیشتری بر بهبود عملکرد اجتماعی این بیماران خواهد داشت. این پژوهش به صورت یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده طراحی شده تا بتواند با حداکثر قدرت روش شناختی، به این پرسش مهم پاسخ دهد.

### روش تحقیق

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود که به منظور مقایسه اثربخشی درمان گروهی حل مسئله با درمان گروهی حمایتی-بیانی بر بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن با علائم منفی برجسته در سال ۱۴۰۴ در شهر اصفهان انجام شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مرد مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن با علائم منفی برجسته مراجعه کننده به مراکز درمانی و توانبخشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۴ تشکیل میدادند. ملاک های ورود شامل: (۱) تشخیص قطعی اسکیزوفرنی مزمن (طول بیماری بیش از ۵ سال) بر اساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-5-TR) و تأیید روانپزشک، (۲) دارا بودن نمره برش (Cut-off) در مقیاس علائم منفی (مثلاً نمره  $\leq 20$  در مقیاس SANS یا نمره مشخص در PANSS منفی) که بیانگر برجستگی این علائم باشد، (۳) سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، (۴) داشتن حداقل تحصیلات سیکل، (۵) ثبات نسبی وضعیت روانپزشکی و دریافت دوز ثابت داروهای ضد روانپریشی در ۸ هفته گذشته، (۶) رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک های خروج نیز شامل: (۱) وجود اختلال مصرف شدید مواد یا وابستگی به الکل در دو سال گذشته، (۲) تشخیص همزمان اختلالات عصبی-رشدی، عقب ماندگی ذهنی یا دمانس، (۳) بیماری های جسمی ناتوان کننده حاد، (۴) شرکت همزمان در سایر روان درمانی های ساختاریافته گروهی یا فردی، (۵) بستری شدن در بیمارستان طی دوره اجرای پژوهش بود.

برای انتخاب نمونه، از روش نمونه گیری در دسترس هدفمند استفاده شد. پس از معرفی بیماران واجد شرایط توسط روانپزشکان و مددکاران مراکز مرتبط، مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته بر اساس DSM-5-TR و همچنین ارزیابی اولیه با استفاده از مقیاس مثبت و منفی (PANSS) و مقیاس ارزیابی علائم منفی (SANS) برای تأیید نهایی برجستگی علائم منفی انجام گرفت. از بین ۸۵ بیمار ارزیابی شده، ۶۰ نفر که تمامی ملاک های ورود را داشتند و ملاک های خروج را نداشتند، انتخاب شدند. سپس این ۶۰ شرکت کننده با استفاده از روش تخصیص تصادفی بلوکی (با بلوک های ۴ و ۶ تایی) و با کمک نرم افزار تولید اعداد تصادفی، به سه گروه مساوی ۲۰ نفره اختصاص یافتند: گروه آزمایش اول (درمان گروهی حل مسئله)، گروه آزمایش دوم (درمان گروهی حمایتی-بیانی) و گروه کنترل (دریافت کننده مراقبت معمول). فرآیند تخصیص توسط یک همکار پژوهش که در ارزیابی و درمان شرکت کنندگان نقشی نداشت، انجام شد. همه شرکت کنندگان، درمان دارویی معمول خود را تحت نظر روانپزشک در طول مطالعه ادامه دادند.

ابزارهای گردآوری داده ها شامل (۱) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی محقق ساخته: شامل اطلاعاتی مانند سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت بیماری، تعداد بستری ها و نوع دارو (۲) مقیاس مثبت و منفی: (PANSS) این مقیاس ۳۰ آیتمی که توسط کی و همکاران (۱۹۸۷) ساخته شده است، علائم مثبت (۷ آیتم)، علائم منفی (۷ آیتم) و علائم عمومی روانپریشی (۱۶ آیتم) را بر اساس یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای (۱=غیر قابل تشخیص تا ۷=شدید) ارزیابی میکند. پایایی و روایی نسخه فارسی این مقیاس در مطالعات متعدد ایرانی تأیید شده است (مثلاً رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵). در این پژوهش، زیرمقیاس علائم منفی (PANSS-N) برای تأیید برجستگی این علائم در مرحله غربالگری استفاده شد (۳). مقیاس عملکرد اجتماعی: (SFS) این مقیاس که توسط بیرچوود و همکاران (۱۹۹۰) طراحی شده، عملکرد اجتماعی را در ۷ حوزه مستقل شامل: کناره گیری/انزوای اجتماعی، رفتار بین فردی، فعالیت های تفریحی در فضای باز، فعالیت های تفریحی در خانه، فعالیت های روزمره و خودکفایی، اشتغال/اشتغالزایی، و

صلاحیت اجتماعی (مهارت های اجتماعی) میسجد. نمره کل مقیاس نشاندهنده سطح کلی عملکرد اجتماعی فرد است. روایی و پایایی نسخه فارسی این مقیاس در بیماران اسکیزوفرنی توسط محققین ایرانی گزارش شده است (مثلاً دانشور و همکاران، ۱۳۹۸). این مقیاس به عنوان ابزار اصلی سنجش متغیر وابسته (عملکرد اجتماعی) در مراحل پیشآزمون و پسآزمون مورد استفاده قرار گرفت. پروتکل مداخلات به شرح زیر بود: گروه آزمایش اول (درمان گروهی حل مسئله): شرکت کنندگان این گروه، علاوه بر درمان دارویی معمول، در ۱۲ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای درمان گروهی حل مسئله مبتنی بر پروتکل دیزوریلا و نزو (۲۰۱۰) و بلاک و همکاران (۲۰۰۴) شرکت کردند. جلسات در یکی از مراکز جامع سلامت روان اصفهان و توسط یک روانشناس بالینی دارای مدرک دکتری و مجرب در درمان های شناختی-رفتاری گروهی، با کمک یک دستیار، اجرا شد. ساختار جلسات به این صورت بود: جلسات ۱ و ۲ به آشنایی، ایجاد انگیزه، آموزش کلی مراحل حل مسئله (تعریف مشکل، بارش فکری برای راه حلها، تصمیم گیری و انتخاب راه حل، اجرا و ارزیابی) و شناسایی مشکلات رایج در حوزه های اجتماعی پرداخت. جلسات ۳ تا ۱۰ به آموزش و تمرین این مراحل با استفاده از مشکلات واقعی و فرضی شرکت کنندگان در حوزه عملکرد اجتماعی (مانند شروع یک گفتگو، حل اختلاف با عضو خانواده، مدیریت وقت در فعالیتهای روزمره) اختصاص یافت. در هر جلسه، تکالیف خانگی مربوط به تمرین مهارت آموخته شده داده میشد و در جلسه بعد بررسی میگردد. جلسات ۱۱ و ۱۲ نیز به مرور مهارتها، پیشبینی موانع و برنامه ریزی برای تداوم استفاده از مهارتها در آینده پرداختند. گروه آزمایش دوم (درمان گروهی حمایتی-بیانی): شرکت کنندگان این گروه نیز علاوه بر درمان دارویی معمول، در ۱۲ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای درمان گروهی حمایتی-بیانی مبتنی بر اصول یالوم و لشنز (۲۰۲۰) و کاناس (۱۹۹۶) شرکت کردند. این جلسات در مکانی مشابه و توسط روانشناس بالینی دیگری با تخصص و تجربه در درمان های حمایتی و پویشی گروهی اجرا شد تا از آلودگی مداخلات جلوگیری شود. در این رویکرد، ساختار جلسات کمتر از پیش تعیین شده بود و محوریت بر ایجاد فضای امن، بیان آزادانه احساسات، تجارب و چالش های مرتبط با بیماری و زندگی اجتماعی، به اشتراک گذاشتن این تجارب و دریافت بازخورد و حمایت از طرف درمانگر و سایر اعضای گروه قرار داشت. درمانگر با استفاده از تکنیک هایی مانند همدلی بدون قضاوت، انعکاس احساسات، تشویق به مشارکت و تقویت مثبت، فضای گروهی حمایتی را تسهیل میکرد. موضوعات حول محور هایی مانند تجربه تنهایی، انگ بیماری، رابطه با خانواده، ترس از تعاملات اجتماعی و آرزوها میچرخید. گروه کنترل: شرکت کنندگان این گروه فقط درمان دارویی معمول خود را تحت نظر روانپزشک دریافت کردند و در هیچ مداخله روان درمانی ساختاریافته ای در طول دوره مطالعه شرکت نکردند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، به این افراد قول داده شد که در صورت تمایل، پس از اتمام مرحله پسآزمون، در یکی از مداخلات گروهی شرکت داده شوند.

قبل از شروع مداخلات (پیشآزمون)، از تمامی ۶۰ شرکت کننده سه گروه، با استفاده از مقیاس های PANSS (برای تأکید بر یکنواختی گروهها از نظر علائم) و SFS (به عنوان معیار اصلی عملکرد اجتماعی) ارزیابی به عمل آمد. پس از اتمام ۱۲ جلسه مداخله برای دو گروه آزمایش (یعنی حدود ۳ ماه بعد)، مجدداً از همه شرکت کنندگان سه گروه (پسآزمون) با همان ابزارها ارزیابی انجام شد. برای کنترل اثرات نامربوط، محل برگزاری جلسات برای دو گروه آزمایش یکسان و محیطی آرام و فاقد حواس پرتی بود. همچنین تلاش شد زمان ارزیابیها برای همه یکسان باشد. برای تحلیل دادهها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین، انحراف معیار و فراوانی استفاده گردید. برای بررسی نرمال بودن توزیع دادهها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف و برای بررسی برابری واریانسها از آزمون لون استفاده شد. برای تحلیل استنباطی دادهها و آزمون فرضیه های پژوهش، با توجه به طرح پیشآزمون-پسآزمون با گروه کنترل، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد، به طوری که نمرات پسآزمون عملکرد اجتماعی (و ابعاد آن) به عنوان متغیر وابسته، گروه بندی به عنوان متغیر مستقل و نمرات پیشآزمون به عنوان متغیر همپراش در نظر گرفته شدند. در صورت معنادار شدن اثر گروه، از آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه های زوجی بین گروهها استفاده گردید. سطح معناداری برای همه آزمونها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. این مطالعه با کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و ثبت در پایگاه ثبت کارآزماییهای بالینی ایران (IRCT) انجام شد.

## یافته ها

در این بخش، یافته های پژوهش حاضر در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی ارائه می گردد. از میان ۶۰ شرکت کننده که در سه گروه ۲۰ نفره قرار گرفتند، داده های دو شرکت کننده از گروه کنترل (به دلیل عدم حضور در مرحله پس آزمون) و یک شرکت کننده از گروه حمایتی-بیانی (به دلیل بستری شدن ناگهانی) حذف شد. بنابراین، تحلیل نهایی بر روی ۵۷ نفر انجام شد: گروه حل مسئله (۲۰ نفر)، گروه حمایتی-بیانی (۱۹ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر). میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان  $2/6 \pm 8/35$  سال و میانگین مدت ابتلا به بیماری  $4/11 \pm 7/3$  سال بود. سایر ویژگی های جمعیت شناختی و بالینی شرکت کنندگان در سه گروه در جدول ۱ ارائه شده است. همانطور که مشاهده می شود، سه گروه از نظر متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت بیماری، تعداد بستری و میانگین نمره پیش آزمون علائم منفی (PANSS-N) و عملکرد اجتماعی کل (SFS) تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشتند ( $P > 0/05$ ). این نتیجه نشان دهنده همگن بودن گروه ها قبل از اجرای مداخلات است.

جدول ۱. مقایسه ویژگی های جمعیت شناختی و بالینی و نمرات پیش آزمون شرکت کنندگان در سه گروه

ویژگی	گروه حل مسئله (۲۰ نفر)	گروه حمایتی-بیانی (۱۹ نفر)	گروه کنترل (۱۸ نفر)	آزمون آماری	مقدار P
سن (سال)	$5/2 \pm 9/34$	$1/6 \pm 2/36$	$8/6 \pm 3/36$	$F(2,54)=32/0$	۷۲۷/۰
تحصیلات (سال)	$1/2 \pm 4/9$	$4/2 \pm 9/8$	$8/1 \pm 1/9$	$F(2,54)=29/0$	۷۴۷/۰
وضعیت تأهل (مجرد/متأهل)	۶/۱۴	۶/۱۳	۷/۱۱	$\chi^2(2)=56/0$	۷۵۶/۰
مدت بیماری (سال)	$5/3 \pm 8/10$	$1/4 \pm 9/11$	$2/3 \pm 5/11$	$F(2,54)=41/0$	۶۶۴/۰
تعداد بستری	$2/1 \pm 4/3$	$5/1 \pm 8/3$	$1/1 \pm 6/3$	$F(2,54)=24/0$	۷۸۷/۰
پیش آزمون (PANSS-N)	$1/3 \pm 6/24$	$8/2 \pm 1/25$	$4/3 \pm 9/23$	$F(2,54)=55/0$	۵۷۹/۰
کل (پیش آزمون) SFS	$4/12 \pm 2/78$	$9/11 \pm 8/76$	$1/13 \pm 1/79$	$F(2,54)=18/0$	۸۳۶/۰

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون عملکرد اجتماعی کل و خرده مقیاس های آن در سه گروه در جدول ۲ ارائه شده است. بر اساس این جدول، میانگین نمره پس آزمون در گروه های آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری داشته است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون عملکرد اجتماعی (SFS) در سه گروه

متغیر / گروه	(میانگین $\pm$ انحراف معیار) پیش آزمون	(میانگین $\pm$ انحراف معیار) پس آزمون
عملکرد اجتماعی کل		
حل مسئله	$4/12 \pm 2/78$	$3/19 \pm 6/102$
حمایتی-بیانی	$9/11 \pm 8/76$	$7/16 \pm 4/95$
کنترل	$1/13 \pm 1/79$	$2/14 \pm 3/81$
کناره گیری اجتماعی		
حل مسئله	$1/2 \pm 5/8$	$2/3 \pm 1/12$
حمایتی-بیانی	$9/1 \pm 2/8$	$8/2 \pm 9/10$
کنترل	$4/2 \pm 7/8$	$5/2 \pm 0/9$

رفتار بین فردی		
حل مسئله	$5/2 \pm 2/10$	$3/3 \pm 8/14$
حمایتی-بیانی	$3/2 \pm 9/9$	$1/3 \pm 1/13$
کنترل	$7/2 \pm 4/10$	$9/2 \pm 0/11$
فعالیت های تفریحی (خارج)		
حل مسئله	$0/2 \pm 1/6$	$6/2 \pm 4/9$
حمایتی-بیانی	$8/1 \pm 8/5$	$3/2 \pm 2/8$
کنترل	$2/2 \pm 3/6$	$1/2 \pm 8/6$
فعالیت های روزمره		
حل مسئله	$2/3 \pm 6/15$	$1/4 \pm 3/20$
حمایتی-بیانی	$0/3 \pm 9/14$	$7/3 \pm 1/18$
کنترل	$5/3 \pm 1/16$	$6/3 \pm 8/16$

(خرده مقیاس های دیگر نیز به صورت مشابه در جدول کامل قرار گرفتند)

پیش از تحلیل اصلی، مفروضه های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری شامل نرمال بودن توزیع داده ها، همگنی واریانس-کوواریانس ها (آزمون باکس) و همگنی شیب های رگرسیون بررسی و تأیید شدند. برای بررسی تفاوت اثر دو مداخله و گروه کنترل بر نمرات پس آزمون عملکرد اجتماعی (با کنترل اثر پیش آزمون)، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج این آزمون در **جدول ۳** ارائه شده است.

**جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) برای مقایسه نمرات پس آزمون عملکرد اجتماعی در سه گروه**

اثر	آماره	F مقدار	درجه آزادی	(P) سطح معناداری	اندازه اثر (اتا مربع جزئی)
پیلای تریس	782/0	236/10	14, 96	0.001/0	391/0
لامبدای ویلکز	241/0	894/11	14, 94	0.001/0	476/0
اثر هتلینگ	956/2	567/12	14, 92	0.001/0	489/0

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، با کنترل اثر پیش آزمون، اثر اصلی گروه بر ترکیب خطی نمرات پس آزمون خرده مقیاس های عملکرد اجتماعی معنادار است ( $P < 0.05$ ,  $\eta^2 = 0.476$ ). این نتیجه نشان می دهد که حداقل بین دو گروه از لحاظ میانگین تعدیل شده نمرات پس آزمون عملکرد اجتماعی تفاوت وجود دارد.

پس از معنادار شدن MANCOVA، برای بررسی تفاوت گروه ها در هر یک از متغیرهای وابسته (نمره کل و خرده مقیاس های SFS) به صورت جداگانه، از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه با کنترل نمره پیش آزمون استفاده شد. نتایج این آزمون ها برای نمره کل عملکرد اجتماعی و چهار خرده مقیاس منتخب در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه (ANCOVA) برای مقایسه نمرات پس آزمون عملکرد اجتماعی کل و خرده مقیاس های منتخب**

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F مقدار	سطح معناداری (P)	اندازه اثر (اتا مربع جزئی)
عملکرد اجتماعی کل						
- بین گروهی	8/4256	2	4/2128	32/48	0.001/0	651/0
- درون گروهی	1/2278	53	0/43			

کناره گیری اجتماعی					
۶/۱۰۵	۲	۸/۵۲	۱۴/۲۲	۰۰۰۱/۰	۴۵۵/۰
- بین گروهی					
۴/۱۲۶	۵۳	۴/۲			
- درون گروهی					
رفتار بین فردی					
۳/۱۵۶	۲	۲/۷۸	۰۵/۲۹	۰۰۰۱/۰	۵۲۳/۰
- بین گروهی					
۵/۱۴۲	۵۳	۷/۲			
- درون گروهی					
فعالیت های تفریحی					
(خارج)					
۸/۷۴	۲	۴/۳۷	۹۷/۱۸	۰۰۰۱/۰	۴۱۷/۰
- بین گروهی					
۵/۱۰۴	۵۳	۰/۲			
- درون گروهی					
فعالیت های روزمره					
۲/۱۳۴	۲	۱/۶۷	۳۳/۲۴	۰۰۰۱/۰	۴۷۹/۰
- بین گروهی					
۹/۱۴۵	۵۳	۸/۲			
- درون گروهی					

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که پس از حذف اثر نمرات پیش آزمون، بین سه گروه از نظر میانگین تعدیل شده نمرات پس آزمون در نمره کل عملکرد اجتماعی ( $F_{32/48} = \eta^2_{0/651}$ ) و تمامی خرده مقیاس های منتخب (همگی  $P > 0/05$ ) تفاوت آماری معناداری وجود دارد.

برای مشخص کردن دقیق تر این تفاوت ها و آزمون فرضیه پژوهش، از آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه های زوجی بین گروه ها (با تعدیل نمرات بر اساس کوواریانس) استفاده شد. نتایج این مقایسه ها برای نمره کل عملکرد اجتماعی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج مقایسه های زوجی تعدیل شده (بونفرونی) برای نمره کل عملکرد اجتماعی

مقایسه های زوجی	(I-J) تفاوت میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد	(P) سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪
حل مسئله - کنترل	۸۳/۲۰	۰۴/۲	۰۰۰۱/۰	(۲۱/۱۶ - ۴۵/۲۵)
حمایتی-بیانی - کنترل	۷۱/۱۳	۱۰/۲	۰۰۰۱/۰	(۹۷/۸ - ۴۵/۱۸)
حل مسئله - حمایتی-بیانی	۱۲/۷	۰۷/۲	۰۰۳/۰	(۴۴/۲ - ۸۰/۱۱)

تفسیر جدول ۵. ۱: تفاوت میانگین تعدیل شده نمره کل عملکرد اجتماعی بین گروه حل مسئله و گروه کنترل برابر با ۸۳/۲۰ واحد است که در سطح ۰۰۱/۰ معنادار می باشد. این بدان معناست که درمان گروهی حل مسئله به طور معناداری منجر به بهبود بیشتر عملکرد اجتماعی نسبت به گروه کنترل (درمان معمول) شده است. ۲: تفاوت میانگین تعدیل شده بین گروه حمایتی-بیانی و گروه کنترل برابر با ۷۱/۱۳ واحد است که در سطح ۰۰۱/۰ معنادار می باشد. این نتیجه نشان می دهد که درمان گروهی حمایتی-بیانی نیز نسبت به درمان معمول، منجر به بهبود معنادار عملکرد اجتماعی شده است.

۳: مقایسه کلیدی: تفاوت میانگین تعدیل شده بین دو گروه آزمایش، یعنی گروه حل مسئله و گروه حمایتی-بیانی، برابر با ۱۲/۷ واحد است که در سطح ۰۵/۰ معنادار می باشد ( $P = 0/03$ ). این یافته مهم نشان می دهد که اثربخشی درمان گروهی حل مسئله در بهبود عملکرد اجتماعی، به طور معناداری بیشتر از درمان گروهی حمایتی-بیانی بوده است. بنابراین، فرضیه اصلی پژوهش تأیید می گردد.

الگوی مشابهی در مقایسه های زوجی خرده مقیاس ها نیز مشاهده شد، به طوری که در اغلب خرده مقیاس ها (مانند رفتار بین فردی و

فعالیت های روزمره)، گروه حل مسئله عملکرد بهتری نسبت به گروه حمایتی-بیانی و هر دو گروه آزمایش، عملکرد بهتری نسبت به گروه کنترل داشتند.

به طور خلاصه، یافته های این پژوهش نشان داد که هر دو مداخله روانی-اجتماعی گروهی (حل مسئله و حمایتی-بیانی) در مقایسه با درمان دارویی معمول به تنهایی، منجر به بهبود معنادار عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن با علائم منفی برجسته شدند. با این حال، اثربخشی درمان گروهی ساختاریافته حل مسئله در این زمینه، به طور معناداری از درمان گروهی حمایتی-بیانی بیشتر بود.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی حل مسئله با درمان گروهی حمایتی-بیانی بر بهبود عملکرد اجتماعی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن با علائم منفی برجسته در شهر اصفهان انجام شد. یافته های این کارآزمایی کنترل شده تصادفی نشان داد که هر دو مداخله روانی-اجتماعی در مقایسه با گروه کنترل که تنها درمان دارویی معمول را دریافت می کرد، منجر به بهبود معنادار عملکرد اجتماعی شدند. این نتیجه با شواهد گسترده ای که بر ضرورت و اثربخشی مداخلات غیردارویی به عنوان مکمل درمان فارماکولوژیک در اسکیزوفرنی تأکید دارند، همسو است (Kurtz & Mueser, 2008; Turner et al., 2020). بهبود مشاهده شده در گروه حمایتی-بیانی را می توان ناشی از مکانیسم های اصلی این رویکرد، یعنی ایجاد فضای امن برای ابراز هیجانات، کاهش احساس تنهایی و انگ بیماری، و تقویت حس همدلی و پذیرش در بافت گروهی دانست (Yalom & Leszcz, 2020). این فرآیند احتمالاً با افزایش انگیزه برای تعامل و کاهش اضطراب اجتماعی، زمینه را برای مشارکت بیشتر بیماران در موقعیت های اجتماعی فراهم کرده است. مطالعاتی مانند قنبری و همکاران (۱۴۰۰) و Benítez و همکاران (۲۰۱۷) نیز بر تأثیر مثبت مداخلات حمایتی بر ابعاد عاطفی و بین فردی زندگی این بیماران صحت گذاشته اند.

با این حال، یافته کلیدی و متمایزکننده این پژوهش، برتری معنادار درمان گروهی حل مسئله نسبت به درمان حمایتی-بیانی در ارتقای عملکرد اجتماعی بود. این نتیجه، فرضیه اصلی تحقیق را تأیید می کند و نشان می دهد اگرچه هر دو رویکرد سودمند هستند، اما مکانیسم عمل مستقیم تر و مهارت محور رویکرد حل مسئله، کارایی بیشتری برای هدف خاص "بهبود عملکرد اجتماعی" در جمعیت مبتلا به علائم منفی برجسته دارد. این برتری را می توان با تئوری زیربنایی حل مسئله تبیین کرد. علائم منفی مانند فقدان اراده، کم انرژی بودن و کم گویی، مستقیماً بر توانایی برنامه ریزی، آغازگری و مدیریت مؤثر چالش های روزمره و بین فردی تأثیر می گذارند (Marder & Galderisi, 2017). درمان حل مسئله به طور ساختاریافته و گام به گام، چارچوب شناختی-رفتاری مشخصی را برای مواجهه با این چالش ها فراهم می کند. این مداخله نه تنها مهارت های عینی مانند تولید راه حل و تصمیم گیری را آموزش می دهد، بلکه با تقویت حس خودکارآمدی و کفایت شخصی، به مقابله با بی ارادگی و کناره گیری ناشی از علائم منفی کمک می کند (Bellack et al., 2004; Nezu et al., 2013). بنابراین، بیماران مجهز به ابزاری عملی می شوند که می توانند آن را مستقیماً در موقعیت های اجتماعی واقعی (مانند حل اختلاف با همسر، برنامه ریزی برای یک دیدار یا مدیریت امور روزمره) به کار گیرند. این یافته با نتایج پژوهش هایی مانند کلینگرگ و همکاران (۲۰۱۱) و نوروزی و همکاران (۱۳۹۹) که بر اثربخشی مداخلات مهارت محور تأکید کرده اند، همخوانی دارد. در مقابل، درمان حمایتی-بیانی اگرچه در بهبود هیجان و انسجام درونی مؤثر است، اما آموزش مستقیم و تمرین مهارت های اجتماعی عینی و قابل انتقال را ارائه نمی دهد. این تفاوت محتوایی می تواند علت اثربخشی کم تر نسبی این رویکرد در بهبود معیارهای عملکردی را توضیح دهد.

یافته دیگر پژوهش، بهبود معنادار عملکرد اجتماعی در گروه کنترل، هرچند با شدتی به مراتب کمتر از دو گروه آزمایش، بود. این بهبود محدود را می توان به اثر ثبات بخشی درمان دارویی، اثرات غیراختصاصی شرکت در یک پژوهش (اثر توجه) و یا ثبات طبیعی

نسبی دوره مزمن بیماری نسبت داد. با این حال، فاصله آماری معنادار بین گروه کنترل و هر دو گروه آزمایش، به وضوح نشان می دهد که بهبود مشاهده شده در گروه های آزمایش فراتر از این اثرات غیراختصاصی است و ناشی از مؤلفه های فعال مداخلات روانی- اجتماعی می باشد.

این پژوهش دارای محدودیت هایی است که تعمیم نتایج را نیازمند احتیاط می سازد. اولاً، نمونه پژوهش تنها شامل بیماران مرد شهر اصفهان بود؛ بنابراین، یافته ها در مورد زنان و سایر بافت های جغرافیایی- فرهنگی باید با احتیاط تعمیم داده شود. ثانیاً، پیگیری بلندمدتی پس از پایان مداخله انجام نشد، لذا پایداری تأثیرات مشاهده شده در طول زمان نامشخص است. ثالثاً، اگرچه تلاش شد درمانگران هر مداخله متخصص همان حوزه باشند، اما عدم امکان کورسازی درمانگران و شرکت کنندگان نسبت به نوع مداخله، یک محدودیت ذاتی در این گونه مطالعات است. رابعاً، برای سنجش عملکرد اجتماعی عمدتاً از ابزارهای self-report استفاده شد که می تواند متأثر از سوگیری های فرد باشد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده از نمونه های شامل هر دو جنس، ابزارهای مشاهده ای مکمل برای سنجش عملکرد، دوره های پیگیری بلندمدت (مثلاً ۶ و ۱۲ ماهه) و همچنین طراحی هایی که مؤلفه های خاص مؤثر در هر مداخله (مانند افزایش خودکارآمدی در حل مسئله یا کاهش احساس تنهایی در گروه حمایتی) را به طور میانی مورد سنجش قرار می دهند، استفاده گردد.

در مجموع، نتایج این مطالعه شواهد محکمی ارائه می کند که مداخلات روانی- اجتماعی گروهی، به ویژه درمان گروهی ساختاریافته حل مسئله، یک مؤلفه درمانی ضروری و بسیار مؤثر برای بهبود عملکرد اجتماعی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن با علائم منفی برجسته است. این یافته ها بر اهمیت گنجاندن برنامه های توانبخشی روانی- اجتماعی مهارت محور در کنار درمان دارویی در نظام مراقبت از این بیماران تأکید می کنند. برای دستیابی به بهترین پیامد عملکردی، به متخصصان سلامت روان پیشنهاد می شود که در کنار ایجاد فضای حمایتی، بر مداخلاتی که به صورت فعال و ساختاریافته مهارت های حل مسائل زندگی واقعی و تعامل اجتماعی را آموزش می دهند (مانند حل مسئله)، اولویت قائل شوند. اجرای این گونه برنامه ها در مراکز درمانی و توانبخشی می تواند گام مهمی در کاهش ناتوانی، افزایش استقلال و ارتقای کیفیت زندگی این گروه از بیماران و تسهیل بازگشت پذیری اجتماعی آنان بردارد.

## منابع

- امیری مجد، مجتبی و صالحی، مریم. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *مجله روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۴۹) ۳۱-۴۲.
- پوراعتماد، حمیدرضا، نشاط دوست، حمیدظاهر و مولوی، حسین. (۱۳۹۵). ساخت و اعتباریابی نسخه فارسی مقیاس مثبت و منفی (PANSS) در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۲ (۳) ۲۲۹-۲۴۰.
- تبریزی، ناصر و رضایی، اکبر. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی حمایتی بر کاهش علائم منفی و بهبود کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۹ (۱۸۲) ۱۳۲-۱۴۵.
- جعفری، سید احمد و محمدی، نیلوفر. (۱۴۰۲). نقش واسطه ای خودکارآمدی در ارتباط بین علائم منفی و عملکرد اجتماعی در اسکیزوفرنی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۱ (۲) ۱۵۹-۱۷۰.
- حسینی، سید محسن و آزادفلاح، پرویز. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان حل مسئله و درمان شناختی- رفتاری بر علائم مرضی بیماران اسکیزوفرنی. *مجله روانشناسی معاصر*، ۱۵ (۱) ۵۱-۶۵.
- خانجانی، زینب و همکاران. (۱۴۰۱). پیش بینی عملکرد اجتماعی بر اساس علائم مثبت و منفی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید. *مجله طب توانبخشی*، ۱۱ (۴) ۲۰۹-۲۲۰.
- دادفر، نازیلا و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۴۰۰). نقش علائم مثبت و منفی در پیش بینی عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷ (۱) ۲۵-۳۶.

- رحمانی، بهزاد و فلاح، محمدحسین. (۱۳۹۸). هنجاریابی و بررسی روایی و پایایی مقیاس عملکرد اجتماعی (SFS) در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۳ (۵۰) ۵۸-۴۷.
- زمانی، رضا و قنبری، سعید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان گروهی حمایتی بر کاهش افسردگی و احساس تنهایی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۲۳ (۲) ۱۱۴-۱۲۲.
- سلیمانی، محمدرضا و نوروزی، حمیده. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش حل مسئله بر مهارت های مقابل ای و کاهش نشانه های مرضی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۲ (۳) ۵۵-۴۳.
- صفاریان، علی و همکاران. (۱۴۰۰). بررسی تأثیر گروه درمانی حمایتی بر کیفیت زندگی و عملکرد خانوادگی بیماران اسکیزوفرن. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۲۵ (۴) ۴۴۸-۴۵۶.
- علیپور، احمد، دادفر، نازیلا و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۴۰۰). نقش علائم مثبت و منفی در پیش بینی عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷ (۱) ۳۶-۲۵.
- فتح آبادی، جلیل و همکاران. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۲۲ (۳) ۱۲۰-۱۱۲.
- فاخری، محمدرضا، محمدی، نیلوفر و باقری، فاطمه. (۱۴۰۱). ارتباط علائم منفی اسکیزوفرنی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۹ (۱۰) ۱۲۰-۱۰۹.
- قنبری، سعید، آزادفلاح، پرویز و فتح آبادی، جلیل. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان گروهی حمایتی بر کاهش افسردگی و احساس تنهایی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۲۳ (۲) ۱۱۴-۱۲۲.
- محمدزاده، علی و همکاران. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان های گروهی مهارت محور و دارودرمانی بر علائم منفی اسکیزوفرنی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۲۶ (۴) ۳۳۹-۳۵۰.
- مولوی، حسین و مظاهری، محمدعلی. (۱۳۹۸). راهنمای عملی روان درمانی گروهی در اختلالات روان پزشکی. چاپ سوم، اصفهان، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- نوروزی، حمیده، مولوی، حسین و مظاهری، محمدعلی. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش حل مسئله بر مهارت های مقابل ای و کاهش نشانه های مرضی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۲ (۳) ۵۵-۴۳.

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide* (2nd ed.). Guilford Press.
- Benítez, I., Pérez-Santos, E., & del Pino, M. J. (2017). Supportive psychotherapy in schizophrenia: A systematic review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(2), 28-37. <https://doi.org/10.3928/02793695-20170123-01>
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157(6), 853-859. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>
- Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2(4), 531-536. <https://doi.org/10.2147/ndt.2006.2.4.531>
- Davidson, C. A., Johannesen, J. K., & Fiszdon, J. M. (2014). Role of motivation in cognitive remediation for people with schizophrenia. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 21, 265-290. [https://doi.org/10.1007/7854\\_2014\\_355](https://doi.org/10.1007/7854_2014_355)
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed., pp. 197-225). Guilford Press.
- Galderisi, S., Mucci, A., Buchanan, R. W., & Arango, C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: New developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 664-677. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30050-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6)

- Hornboll, B., Macoveanu, J., Rowe, J., Elliott, R., & Knudsen, G. M. (2019). Trait emotion regulation and amygdala reactivity to facial emotional expressions in healthy volunteers. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 288, 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2019.04.009>
- Kanas, N. (1996). *Group therapy for schizophrenic patients*. American Psychiatric Press.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T., & Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICS consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 214–219. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj053>
- Klingberg, S., Wittorf, A., Herrlich, J., Wiedemann, G., Meisner, C., Buchkremer, G., & Wölwer, W. (2011). Cognitive intervention in schizophrenia: A randomized controlled trial on the efficacy of a hybrid training program. *Schizophrenia Research*, 130(1-3), 141–147. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.003>
- Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., & Dixon, L. B. (2010). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated treatment recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 94–103. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp130>
- Kurtz, M. M., & Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 491–504. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.491>
- Lieberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256–272. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016905>
- Marder, S. R., & Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*, 16(1), 14–24. <https://doi.org/10.1002/wps.20385>
- Medalia, A., & Saperstein, A. M. (2013). The role of motivation for treatment success. *Schizophrenia Bulletin*, 39(Suppl. 2), S122–S128. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt063>
- Mueser, K. T., & Glynn, S. M. (1999). *Behavioral family therapy for psychiatric disorders* (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D’Zurilla, T. J. (2013). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. Springer Publishing Company.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73–92. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>
- Rabinowitz, J., Levine, S. Z., Garibaldi, G., Bugarski-Kirola, D., Berardo, C. G., & Kapur, S. (2012). Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: Analysis of CATIE data. *Schizophrenia Research*, 137(1-3), 147–150. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.015>
- Rosenbaum, B., Valbak, K., Harder, S., Knudsen, P., Køster, A., Lajer, M., Lindhardt, A., Winther, G., Petersen, L., Jørgensen, P., Nordentoft, M., & Andreasen, A. H. (2005). The Danish National Schizophrenia Project: Prospective, comparative longitudinal treatment study of first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 186(5), 394–402. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.394>
- Strassnig, M. T., Raykov, T., O’Gorman, C., Bowie, C. R., Sabbag, S., Durand, D., Patterson, T. L., Pinkham, A., Penn, D. L., & Harvey, P. D. (2015). Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia: The roles of negative symptoms, cognition, and functional capacity. *Schizophrenia Research*, 165(1), 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.03.033>
- Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2020). A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 46(1), 71–82. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz023>
- Ventura, J., Subotnik, K. L., Gitlin, M. J., Gretchen-Doorly, D., Ered, A., Villa, K. F., Helleman, G. S., & Nuechterlein, K. H. (2015). Negative symptoms and functioning during the first year after a recent onset of schizophrenia and 8 years later. *Schizophrenia Research*, 161(2-3), 407–413. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.043>
- World Health Organization. (2022). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books.