

# اثر بخشی درمان سوگ بیمارگون بر نشانه‌های سوگ بیمارگون: پژوهش موردی

سیده سمیرا موسوی<sup>۱</sup>، دکتر یداله زرگر<sup>۲</sup>، دکتر ایران داودی<sup>۳</sup>، دکتر عبدالزهره نعیمی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۴/۹/۱۳ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۲۲

## چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان سوگ بیمارگون بر نشانه‌های سوگ بیمارگون بود. **روش:** این پژوهش در قالب یک طرح تک آزمودنی از نوع خط پایه چندانگانه اجرا شد. نمونه این پژوهش شامل چهار خانم (۲۰-۴۲ ساله) مبتلا به اختلال سوگ بیمارگون بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. به منظور جمع آوری داده‌ها، از پرسشنامه نشانه‌های سوگ بیمارگون پریگرسون و جاکوبس در جلسات خط پایه، در جلسات ۴، ۸ و ۱۲ مداخله و در جلسات پیگیری استفاده شد. **یافته‌ها:** بازبینی دیداری نمودارها و شاخص آمار توصیفی، کاهش معناداری را در نمرات نشانه‌های سوگ شرکت کنندگان نشان داد. **نتیجه‌گیری:** این یافته‌ها مقدماتی از نقش درمان سوگ بیمارگون در کاهش نشانه‌های سوگ افراد مبتلا به اختلال سوگ بیمارگون حمایت می‌کند. **واژگان کلیدی:** درمان سوگ بیمارگون، نشانه‌های سوگ بیمارگون، پژوهش مورد منفرد.

## مقدمه

اگرچه سوگ<sup>۴</sup> و داغدیدگی<sup>۵</sup> در زندگی افراد بشر رایج و همگانی است، با این وجود

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

Email : moosavi.samira.66@gmail .com

۲. دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز

۳. استادیار دانشگاه شهید چمران اهواز

4. Grief

5. Bereavement

فقدان فرد عزیز یکی از دشوارترین و استرس‌زاترین رویدادی است که فرد می‌تواند تجربه کند و این پدیده می‌تواند با پیامدهای منفی متعددی در زمینه‌های جسمانی، اجتماعی و روانی همراه باشد (دسمبر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). اشکال مختلف سوگ به خودی خود اختلال محسوب نمی‌شوند و ۶ ماه بعد از فقدان، اکثر نشانه‌های سوگ کاهش می‌یابند (روزنر، فوه و کوتاکووا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). برای اکثر داغ‌دیده‌ها، زمان شفابخش درد سخت و شدیدشان است و بدون اینکه از مشکلات هیجانی شدید رنج ببرند، می‌توانند با تغییر و درد همراه با سوگ کنار بیایند. این افراد بعد از مدتی به تعادل فیزیولوژیکی، شناختی، بین فردی و درون فردی خواهند رسید (نیمیر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). اما تعداد کمی از داغ‌دیده‌ها، حدود ۱۰٪، نیز سوگ نابهنجار<sup>۴</sup> که آن را سوگ بیمارگون<sup>۵</sup> یا طولانی مدت<sup>۶</sup> می‌نامند، تجربه می‌کنند (شییر، سیمون، والم، زیسوک، نیمیر، دان و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). زنان بیشتر از مردان در معرض خطر بیشتری برای سوگ بیمارگون هستند (کوهن، بیرهالز، پریگرسون، کاسل، ماژرو و جاکوبس<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹). سوگ بیمارگون حاوی دو دسته نشانه است. اولین دسته، درماندگی جدایی<sup>۹</sup> است که به صورت اشتیاق بیش از حد برای جستجوی متوفی ظاهر می‌شود. دسته دوم درماندگی تروماتیک<sup>۱۰</sup> (علایمی از قبیل ناباوری، دشواری در پذیرش واقعیت و تلخ و دردناک بودن فقدان) می‌باشد. اگر فرد این نشانه‌ها را حداقل برای ۶ ماه تجربه کند و در طی این مدت کارکرد فرد دچار اختلال شده باشد، می‌توان گفت که فرد اختلال سوگ بیمارگون دارد (پریگرسون، شییر، جاکوبس، رینولدز، ماکی جوسکی، دیویدسون و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۹). در دو دهه اخیر معیارهای تشخیصی برای سوگ

1. December, D

2. Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoucova, M

3. Neimeyer, R

4. abnormal grief

5. complicated grief

6. prolonged grief

7. Shear, M.K., Simon, N., Wallm, M., Zisook, S., Neimeyer, R., & Duan, N

8. Cohen, J.H., Bierhals, A.J., Prigerson, H.G., Kasl, S.V., Mazure, C.M., & Jacobs, S

9. separation distress

10. traumatic distress

11. Reynolds, C. F., Miller, M. D., Pasternak, R. E., Frank, E., Perel, J. M., & Cornes, C

بیمارگون به عنوان یک اختلال مطرح شد و متعاقب آن تلاش‌های زیادی برای درمان این اختلال صورت گرفت. نتایج نشان دادند که این اختلال از اختلال‌های استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> و افسردگی عمده<sup>۲</sup> متمایز است (روزنرو و همکاران، ۲۰۱۱).

با وجود اینکه سوگ بیمارگون و پایدار به طور رسمی در ویراست پنجم فهرست آماری و تشخیصی اختلالات روانی<sup>۳</sup> به عنوان اختلال در نظر گرفته شد، اما پژوهش‌ها در این باره از سال‌ها قبل شروع شده است. واکنش سوگ شامل مؤلفه‌های جسمانی، هیجانی، رفتاری، شناختی و معنوی می‌باشد. به عبارت دیگر، سوگ پاسخ فرد به فقدان است که جنبه جسمانی، روانی یا اجتماعی دارد. در سال‌های گذشته مدل‌های مختلفی پدیده سوگ را تبیین کرده‌اند (دسمبر، ۲۰۱۳). اولین مطالعه کامل درباره سوگ و فقدان توسط پدر روانکاوی، فروید انجام شد. او در سال ۱۹۱۷ در مقاله اولیه خود با نام "سوگواری و ملانکولیا"<sup>۴</sup> بیان کرد که هرچه میزان همانندسازی با متوفی شدیدتر باشد، فرد داغ‌دیده در رها کردن عزیزش، دچار مشکلات بیشتری خواهد شد. بنابراین هدف روان‌شناختی سوگ آن است که انرژی هیجانی از متوفی برداشته شود و فرد از متوفی گسسته شود. هر چند که این فرایند بسیار دردناک است (به نقل از ورنر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). بالبی و پارکز<sup>۶</sup> (۱۹۷۰) چهار مرحله در فرایند سوگ را ذکر کردند. به اعتقاد آنها فرد داغ‌دیده مراحل شوک، اشتیاق و اعتراض، درماندگی و سازماندهی مجدد را پشت سر می‌گذارد (به نقل از مالون، ۲۰۰۸). کوپلر-راس<sup>۷</sup> (۱۹۷۳)، با استفاده از مراحل پارکز، ۵ مرحله (انکار، خشم، چانه زنی، افسردگی و پذیرش واقعیت) برای افرادی که در معرض مرگ قرار داشتند، در نظر گرفت. به اعتقاد وردن<sup>۸</sup> (۱۹۹۱) سوگ یک فرایند و نه یک حالت است. او چهار تکلیف

1. Post trauma stress disorder (PTSD)
2. Major Depression Disorder (MDD)
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
4. Mourning and Melancholia
5. Woerner, L. C
6. Bowlby, J., & Parks, C. M
7. Kübler-Ross, E
8. Worden, J. W

را برای سوگواری بیان می‌کند. تکالیف، زمانی کامل می‌شوند که فرد داغدار فقدان را با زندگی اش ادغام کند و از دلبستگی هیجانی با متوفی رهایی یابد و این هیجان‌ات را برای اکنون و آینده سرمایه گذاری کند.

از سوی دیگر استروئب و اسکات<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) روش‌هایی که افراد با سوگ‌شان سازگار می‌شوند را در قالب مدل پردازش دوگانه داغدیدگی<sup>۲</sup> بیان کردند. مطابق با این مدل در فرایند سوگ، فرد داغ‌دیده با دو نوع استرسور و دو شیوه مقابله سروکار دارد و رفتار و هیجان‌ات وی بین دو قلمرو نوسان می‌کند. اولین مقابله، جهت‌گیری فقدان<sup>۳</sup> است که در آن فرد بازمانده ارزیابی دوباره از فقدان می‌کند و افکار مزاحم راجع به سوگ دارد. این جهت‌گیری، اشاره به جدایی از متوفی دارد و گریه کردن، دل‌تنگی، اشتیاق، به یادآوری و دیگر پردازش‌های مرتبط با فقدان را شامل می‌شود. مفهوم کار سوگ<sup>۴</sup> که واردن در سال ۱۹۹۱ مطرح کرد، در این محدوده قرار دارد. نظریه دلبستگی که به ماهیت روابط از دست رفته و ارزش کار سوگ اشاره دارد، همسوبا مفهوم جهت‌گیری فقدان در مدل پردازش دوگانه می‌باشد (به نقل از درنث، هریست و استریدام<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). دومین مقابله، جهت‌گیری احیاء<sup>۶</sup> است. جهت‌گیری احیاء، فقدان‌های ثانویه (پیامدهای فقدان) و هم‌چنین سازگاری با فقدان در همه زمینه‌های کارکردی (برای مثال تغییرات نقش و انزوای اجتماعی) را مورد ملاحظه قرار می‌دهد. برای مثال، فرد از یک همسر به یک بیوه تغییر نقش داده است و این تغییر با واکنش هیجانی همراه است. در این لحظه فرد دوست دارد برای مدتی، زمان متوقف شود و بعداً موقعی که آمادگی پیدا کرد به زندگی بدون متوفی بازگردد. در این مقابله فرد بر هویت جدید، نقش جدید، روابط جدید و اوقات فراغت متمرکز می‌شود (دل‌س پاکس، ریکبوش-دایز، هیرن و زچ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). پارکز (۱۹۹۸) اصطلاح "انتقال روان‌شناختی"<sup>۸</sup>

1. Stroebe, M., Schut, H

2. dual process model of bereavement (DPM)

3. loss orientation (LO)

4. grief work

5. Drenth, C. M., Herbst A. G., & Strydom, H

6. restoration orientation (RO)

7. Delespaux, E., Ryckebosch-Dayez, A. S., Heeren, A., & Zech, E

را مطرح می‌کند. به اعتقاد او ما یک جهان فرضی داریم که در آن انتظاراتی درباره جهان، ارتباطات و مکانی که در آن هستیم ایجاد کرده ایم. برای مثال ما فرض می‌کنیم که هر روز به خانه برمی‌گردیم و یا اینکه پنج شنبه‌ها به خرید می‌رویم. بعد از فقدان، جهان فرضی ما بی نظم و مغشوش می‌شود و هر چه فقدان غیرمنتظره و ناگهانی تر باشد، بازسازی آن جهان، معنا پیدا کردن درباره آن و حرف زدن راجع به آن دشوارتر می‌شود. بنابراین متعاقب فقدان افراد سعی می‌کنند تا از یادآورهای اجتناب کنند.

کار بر روی عوامل مرتبط با سوگ بیمارگون به این دلیل حائز اهمیت است که می‌تواند درک ما را برای جلوگیری از پیامدهای منفی افزایش دهد (وندروهاون، استروئب، اسکات، استروئب و وندن بوت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). شواهدی وجود دارند که درمان سوگ بیمارگون<sup>۳</sup> را مداخله کارآمدی در درمان اختلال سوگ معرفی می‌کنند (شیبیر، فرانک، هوک و رینولدز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵؛ شیبیر، وانگ، استریتسکایا، دوان، مارو و قسکویر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴؛ سوپیانو و لوپتاک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). درمان سوگ بیمارگون یک مدل درمانی نسبتاً جدیدی است که از آن برای کاهش نشانه‌های سوگ بیمارگون استفاده می‌شود. این درمان برگرفته از نظریه دلبستگی، روان‌درمانی میان فردی و درمان شناختی-رفتاری است. راهبرد و تکنیک‌های اساسی درمان سوگ بیمارگون از روان‌درمانی میان فردی، درمان شناختی-رفتاری و مصاحبه انگیزشی مشتق شده است و حاوی تکنیک‌هایی چون مواجهه طولانی مدت (بیان مکرر داستان مرگ و فعالیت مواجهه‌ای زنده)، بهبود روابط میان فردی، آموزش شفقت بر خود و بازسازی شناختی می‌باشد. در این درمان بر روابط و اهداف شخصی فرد تأکید می‌شود و در مقایسه با روان‌درمانی بین فردی در درمان سوگ بیمارگون مؤثرتر عمل می‌کند (وترل<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲).

1. Psychological transition

2. Van der Houwen, K., Stroebe, M.S., Schut, H., Stroebe, W., & Van den Bout, J

3. Complicated Grief Therapy (CGT)

4. Frank, Houck

5. Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., Ghesquiere, A

6. Supiano, K.P., & Luptak., M

7. Wetherell, J.L

تاکنون تحقیق‌های زیادی در مورد سوگ بیمارگون انجام شده است. در پژوهشی گاتیرو و مارشال<sup>۱</sup> (۱۹۷۷)، درمان شناختی-رفتاری را به مدت ۸ جلسه روی زنان داغدار اجرا کردند. نتایج نشان داد که غرقه سازی و اصلاح رفتار اجتماعی در کاهش نشانه‌های جسمانی و هیجانی افراد مؤثر بوده و تأثیر آن تا ۶ ماه بعد هم همچنان حفظ شده بود. بوئلن، ون دن بوت و ون دن هوت (۲۰۰۳a)، در پژوهش خود نقش متغیرهای شناختی در کارکردهای روان‌شناختی بعد از مرگ خویشاوندان درجه اول را محاسبه کردند. یافته‌ها نشان دادند که باورهای منفی کلی درباره زندگی، جهان و آینده و تفاسیر تهدید آمیز واکنش‌های سوگ هر کدام سهم مهمی در واریانس نشانه‌های سوگ دارند. بوئلن، ون دن بوت و ون دن هوت (۲۰۰۳b)، در مطالعه دیگری با عنوان "نقش تفاسیر تهدیدکننده واکنش‌های سوگ در مشکلات هیجانی بعد از سوگ" روی ۲۳۴ نفر از افراد که با مرگ خویشاوندان شان روبرو شده بودند، تحقیقی را انجام دادند. نتیجه این پژوهش نشان داد که تفاسیر تهدید کننده سوگ و اجتناب شناختی - رفتاری به میزان زیادی با شدت نشانه‌های سوگ مرتبط هستند. استروئب، استروئب، اسکوت، اسکات، آباکومکین و لی<sup>۲</sup> (۲۰۱۴)، نقش مرکزی خود سرزنشی، در واکنش‌های پیچیده متعاقب سوگ و افسردگی روی افرادی که همسران شان را از دست داده‌اند، مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های پژوهش نشان داد که به نظر می‌رسد احساس خود سرزنشی یک تعیین کننده قوی مشکلات ویژه سوگ باشد و این یافته می‌تواند دلالت درمانی داشته باشد. بنابراین تغییر اسناد منفی مرتبط با احساس گناه و کار بر روی احساس تقصیر و مسئولیتی که فرد درباره فقدان می‌کند، می‌تواند در بهبود علائم این افراد مؤثر باشد. همچنین یافته‌ها نشان داد که نشخوار ذهنی درباره فقدان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی و ناسازگارانه است که می‌تواند سوگ را حفظ یا تشدید کند. در پژوهشی شیپرو همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود درمان سوگ بیمارگون و روان درمانی میان فردی را روی افراد سالمند داغدار اجرا

1. Gauthier, J., & Marshall, W. L

2. Schoot, R., Abakoumkin, G., Li, J

کردند. نتایج نشان داد که هر دو درمان توانسته‌اند بهبود در نشانه‌های افراد مبتلا به سوگ بیمارگون ایجاد کنند. اما درمان سوگ بیمارگون در مقایسه با روان درمانی میان فردی نتایج بهتری را نشان داد.

به طور خلاصه در درمان سوگ بیمارگون، راهبردهای روان درمانی میان فردی به کار برده شده‌اند تا روابط نزدیک کنونی شخص داغدار مورد حمایت قرار گیرد. بنابراین ایجاد روابط اجتماعی رضایتبخش ترغیب شده و به حل مشکلات ارتباطی کمک می‌گردد. راهبردهای مشتق شده از درمان شناختی-رفتاری شامل پایش روزانه سوگ و تکالیف خانگی است. از تمرین‌های تصویری و زنده برای تسهیل پردازش هیجان و کاهش اجتناب موقعیتی استفاده شد و موانع روان شناختی و اجتماعی در سوگ شناسایی می‌شود و به افراد کمک می‌شود تا با فقدان روبرو شوند. در این مداخله از افراد خواسته می‌شود تا سطوح سوگ شان را به طور روزانه از شروع درمان پایش کنند. کار بر روی اهداف شخصی به مراجع کمک می‌کند تا دید دوباره به آینده داشته باشد و انتظار تجربه احساس مثبت و دستیابی به اهدافش را داشته باشد. در درمان سوگ بیمارگون، از مصاحبه انگیزشی برای کار روی اهداف شخصی استفاده می‌شود. نتایج نشان داده است که این درمان در زمینه درگیری اجتماعی و احساس آرامش بسیار مؤثرتر از درمان میان فردی بوده است (شیپیر، ۲۰۱۰). پژوهش حاضر قصد دارد یافته‌های قبلی درباره سوگ بیمارگون را مورد مطالعه قرار دهد. نشانه‌های سوگ بیمارگون، از جمله عوامل تأثیرگذار بر سلامت و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سوگ بیمارگون می‌باشند. بنابراین لازم است تا اثربخشی درمان سوگ بیمارگون بر کاهش این سازه‌ها مورد مطالعه قرار گیرد. این تحقیق برای اولین بار در داخل کشور اثربخشی این مداخله را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و دلالت‌هایی برای درمان پاسخ‌های ناسازگارانه به سوگ دارد. با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا درمان سوگ بیمارگون، نشانه‌های سوگ بیمارگون را در افراد مبتلا به سوگ بیمارگون کاهش می‌دهد؟

## روش پژوهش

در مطالعه حاضر، از طرح آزمایشی تک موردی<sup>۱</sup> از نوع خط پایه چندگانه<sup>۲</sup> استفاده شد. طرح تک موردی تجربی به دلیل ارزیابی‌های مکرر، پیگیری بیمار در طول درمان و اجازه بررسی دلیل و چگونگی ایجاد تغییرات در بیمار اطلاعات بیشتری را به دست می‌دهد. این تعداد در طی یک مرحله قبل از اجرای متغیر مستقل، حین درمان و بعد از درمان نیز تحت آزمون قرار گرفتند. برای مشخص نمودن اثر بخشی درمان، داده‌های مربوط به این سه مرحله، یعنی پیش از درمان، در هنگام درمان و پس از آن با هم مقایسه شده‌اند.

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران ۵۰-۱۸ ساله دارای سوگ بیمارگون بود که به کلینیک‌های روان‌شناسی و مطب‌های روانپزشکی شهرستان اهواز مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری در مطالعه حاضر به شیوه در دسترس و غیر تصادفی بود. از بین جامعه چهار نفر متقاضی شرکت در طرح (دارا بودن معیارهای ورود) به شیوه در دسترس انتخاب شدند. تجربه فقدان حداقل به مدت ۶ ماه قبل از شروع پژوهش، دارا بودن تشخیص اختلال سوگ بیمارگون بر مبنای DSM-V، نداشتن بیماری خاص و بارز جسمی، نداشتن اختلال روانی دیگر، حداقل ۱۸ سال سن از جمله ملاک ورود به این تحقیق بودند. ویژگی افراد نمونه به شرح زیر می‌باشد:

م.ع. ۲۰ ساله و مجرد می‌باشد. وی دانشجوی لیسانس در رشته حقوق می‌باشد. او فرزند پنجم خانواده و دارای سه خواهر و یک برادر بزرگتر از خود می‌باشد. هر چهار خواهر و برادر وی دارای تحصیلات عالی می‌باشند. مادر او ۱۲ ماه قبل از مداخله به علت ایست قلبی بعد از یک دوره بیماری، فوت کرده است. وی علت مراجعه اش عدم تطابق با غم از دست دادن مادرش عنوان می‌کند.

1. single case experimental design (SCED)

2. multiple baseline



الف. ق. خانم ۴۲ ساله و متأهل می‌باشد. وی دیپلم تجربی دارد. او فرزند سوم یک خانواده هشت نفره است. دو خواهر و سه برادر دارد. پسر ۱۹ ساله او در ۱۹ ماه قبل از پژوهش، در سانحه تصادف فوت می‌کند. وی علت مراجع اش را عدم تطابق با غم از دست دادن پسر و داشتن احساس گناه و دل‌تنگی شدید و افکار آزاردهنده مرتبط با فقدان مطرح می‌کند.

ن. ش. دختر ۲۲ ساله و مجرد می‌باشد. وی دانشجوی لیسانس در رشته اقتصاد می‌باشد. او فرزند پنجم خانواده و دارای چهار خواهر و سه برادر می‌باشد. مادر او در ۹ ماه قبل از درمان به علت سانحه تصادف بعد از یک جشن شادمانی فوت کرده است. وی علت مراجعه اش را عدم قبول مرگ مادر و احساس گناه شدید در مورد کارهایی که در زمان حیات برای مادر انجام نداده است می‌داند.

ل. م. خانم ۲۶ ساله و متأهل می‌باشد. وی دارای دیپلم تجربی است. مادر او ۱۳ ماه قبل در اثر ایست قلبی به طور ناگهانی فوت می‌کند. او در هنگام جان دادن مادر در کنار او حضور داشته است. وی علت مراجعه اش را عدم قبول فقدان و عدم تطابق با وضعیت جدید و احساس تنها شدن مفرط می‌داند و بیان می‌کند اگر من از زندگی کنونی لذت ببرم احساس شرم و گناه می‌کنم.

#### ابزار اندازه‌گیری

##### پرسشنامه سوگ بیمارگون

پریگرسون و جاکوبس<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) پرسشنامه سوگ بیمارگون که پریگرسون (۱۹۹۹) مطرح کرد را مورد تجدید نظر قرار دادند. این پرسشنامه ۱۷ گویه دارد که نشانه‌های دو مشخصه سوگ بیمارگون (درماندگی تروماتیک و درماندگی جدایی) را مورد بررسی قرار می‌دهد. این گویه‌ها اشتیاق به متوفی، ناباوری فقدان و ناتوانی به اعتماد کردن را شامل

می‌شوند و آزمودنی‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای به سؤالات پاسخ می‌دهند. این پرسشنامه هم چنین مدت نشانه‌های کنونی (حداقل ۶ ماه) و اختلال در کارکرد رانیز مورد ملاحظه قرار می‌دهد. ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ محاسبه شد (به نقل از دل‌سپاکس و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهش حاضر تحلیل عامل تأییدی با استفاده از نرم افزار AMOS-18 بر روی داده‌های این پرسشنامه نشان داد که تمامی ماده‌ها به جز ماده ۵ (که در تحلیل نهایی حذف شد) دارای بار عاملی معنی داری بر عوامل خود داشتند که حاکی از روایی مطلوب این پرسشنامه در پژوهش حاضر بود. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

### شیوه اجرا

در این تحقیق، برنامه درمان به مدت ۱۲ جلسه ۱ ساعته و انفرادی انجام گرفت. سرفصل‌ها، موضوعات، تکالیف و تمرین‌های به کار برده شده در پژوهش حاضر، بر اساس "کتاب راهنمای درمان برای بالینگران سوگ بیمارگون" شییر (۲۰۱۲) می‌باشد. مفاهیم و راهبردهای درمانی در جدول ۱ بیان شده است:

جدول ۱: رئوس مطالب مطرح شده طی جلسات درمان انفرادی سوگ بیمارگون

جلسات	رئوس مطالب
خط پایه	آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنی، انجام مصاحبه با آزمودنی‌ها بر اساس ملاک تشخیصی سوگ بیمارگون، گرفتن تاریخچه شخصی، روابط خانوادگی، فقدان‌های دیگر، رابطه با متوفی، اجرای پرسشنامه‌های نشانه‌های سوگ بیمارگون و دل‌بستگی به منظور ارزیابی خط پایه درمان.
اول	بررسی داستان مرگ و رابطه بین فردی کنونی صحبت درباره موقعیت زندگی کنونی مراجع از قبیل استرسورها و منابع مقابله، بیان مختصر فرایندهای درگیر در درمان سوگ بیمارگون، معرفی درمان، هدف درمان و لزوم انجام تکالیف. بررسی عواملی که سوگ را نابهنجار کرده‌اند (هیجان‌ات دردناک (گناه، شرم، اضطراب از آینده)، افکار ناکارآمد و رفتارهای اجتنابی یا جستجوگری مداوم متوفی) آشنایی مراجع با پایش روزانه سوگ.

جلسات	رئوس مطالب
دوم	بررسی پایش روزانه سوگ و ماشه چکان‌ها و همچنین زمان‌هایی در سراسر هفته که سوگ قابل کنترل بوده است. شرح مدل سوگ بیمارگون و اینکه چگونه با موقعیت کنونی مراجع ارتباط دارد. مرور کلی دوباره از درمان. تشویق مراجع به تفکر درباره اهداف شخصی و فعالیت‌هایی که می‌تواند دوباره لذت و معنا در زندگی او را فعال کنند. بررسی رفتار، افکار و هیجانات ناکارآمدی که سوگ مراجع را بیمارگون می‌کند. یک نسخه از خلاصه درمان سوگ بیمارگون به مراجع داده می‌شود تا ترغیب بیشتر مراجع برای شرکت در جلسه آتی. آموزش شفقت با خود.
سوم	صحبت با یک فرد حمایت‌کننده چون یکی از اعضای خانواده و شنیدن داستان فقدان و تأثیرات درونی و بیرونی آن بر زندگی مراجع از زبان فرد حامی. بررسی اجتناب‌ها و واکنش مراجع از دید فرد همراه. در این جلسه از فرد می‌خواهیم که اوضاع و احوال مراجع را از بعد از فقدان توصیف کند. اینکه واکنش او به فقدان چگونه بوده است و آیا از رفتارها یا موقعیت‌هایی اجتناب می‌کرده است یا خیر. بیان هدف درمان و به طور خلاصه جزئیاتی از مدل درمان سوگ بیمارگون به فرد او. در ۱۵ دقیقه آخرین جلسه انفرادی با مراجع و شروع کار روی هیجانات منفی.
چهارم	ملاقات دوباره تصویری <sup>۱</sup> (نوعی مواجهه جهت ملاقات دوباره تصویری با متوفی می‌باشد)، صحبت در زمینه عواملی که مانع برقراری رابطه مراجع با افراد دیگر می‌شود. ادامه کار روی هیجانات منفی.
پنجم	اجرای یک یا چند پرسشنامه ساختاریافته در مورد سوگ بیمارگون برای بررسی روند بهبودی و شناسایی نقطه‌های گیر <sup>۲</sup> مراجع. مرور پایش روزانه سوگ و هدف‌گذاری جدید مراجع. ملاقات دوباره موقعیتی <sup>۳</sup> (کار بر روی اجتناب‌های مراجع).
ششم تا نهم	مرور روزانه پایش، ملاقات تصویری و موقعیتی و هدف‌گذاری جدید مراجع، بررسی روابط میان فردی جدید. تهیه مجموعه خاطرات خوشایند و جنبه‌های مثبت متوفی و همچنین خاطرات ناخوشایند و جنبه‌های کمتر مثبت را دربردارد. ادامه کار روی افکار ناکارآمد. {در جلسات درمانی مراجعان می‌توانند عکس و یادگاری از متوفی را با خود به همراه بیاورند}
دهم	اجرای یک یا چند پرسشنامه ساختاریافته در مورد سوگ بیمارگون برای بررسی روند بهبودی و شناسایی نقطه‌های گیر مراجع. کار روی اختلالات بین فردی، تغییر نقش و نحوه مقابله مراجع با دیگر فقدان‌ها

1. imaginal revisiting  
 2. stuck points  
 3. situational revisiting

جلسات	رئوس مطالب
یازدهم تا دوازدهم	گفتگوی خیالی <sup>۱</sup> با متوفی، تحلیل تعاملات مشکل‌زا <sup>۲</sup> و بازی نقش. در صورت لزوم کار بر روی افکار ناکارآمد یا شفقت با خود.
جلسات پیگیری	سه جلسه به منظور پیگیری درمان، پس از اجرای مداخله اجرا شد و آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ها را مجدداً تکمیل کردند.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

از آن جا که طرح این پژوهش تک موردی است، داده‌های مربوط به چهار آزمودنی در سه مرحله پیش از درمان (خط پایه)، مداخله و پیگیری گردآوری می‌شود و به کمک روش‌های آمار توصیفی، تحلیل می‌گردد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری<sup>۳</sup>، فرمول درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا<sup>۴</sup> استفاده شده است. هدف از محاسبه شاخص تغییر پایا تعیین معناداری بالینی نتایج با استفاده از این شاخص و نمره برش است. هم‌چنین در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها شاخص روند<sup>۵</sup>، ثبات<sup>۶</sup>، درصد داده‌های غیرهمپوش<sup>۷</sup> و درصد داده‌های همپوش<sup>۸</sup> محاسبه شد. اگر در طرح‌های های مورد منفرد تفاوت بین داده‌ها در خط پایه و موقعیت آزمایشی، دارای این ملاک‌ها باشد، می‌توان اظهار داشت که تفاوت معنادار است: ۱- تغییر در میانگین نمرات (در جهت دلخواه) بین موقعیت‌های مجاور. ۲- بین موقعیت‌ها همپوشی وجود نداشته باشد یا همپوشی بین آنها بسیار کم باشد. ۳- تغییر پذیری کم در موقعیت درمان نسبت به کنترل مؤثر کم‌تر (کوپر، هرون و هوارد<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷).

1. imaginal conversation
2. analysis of problematic interactions
3. visual analysis
4. Reliability Change Index (RCI)
5. trending
6. stability
7. Percentage of Non-Overlapping Data
8. Percentage of Overlapping Data
9. Cooper, Heron, Heward

## یافته‌ها

چهار مراجع شرکت کننده در پژوهش، بعد از طی مراحل خط پایه در جلسه‌های چهارم، هشتم و دوازدهم مورد آزمون قرار گرفتند و بعد از اتمام درمان نیز سه مرحله پیگیری اجرا شد. در ادامه به بررسی هر کدام از این یافته‌ها خواهیم پرداخت. لازم به ذکر است که مراجع چهارم شرکت کننده در پژوهش (ل.م) به دلیل مرگ یکی از نزدیکان که رابطه صمیمی با ایشان داشت شرایط روحی مناسبی نداشتند و نتوانستند پرسشنامه‌ها را در مرحله پیگیری پر کنند؛ ضمن اینکه حتی در صورتی که پرسشنامه‌ها پرمی شدند ممکن بود اثر درمان را به طور کلی تحت الشعاع قرار دهند چرا که درمان حاضر نشانه‌های سوگ را در مراجعان تحت درمان قرار داده است و وقوع این اتفاق در ایشان باعث عود این نشانه‌ها در شرکت کننده چهارم شد؛ به همین دلیل اصرار و پیگیری چندانی برای پر کردن پرسشنامه‌ها توسط ایشان صورت نگرفت. جدول ۲ مراحل اثربخشی درمان سوگ بیمارگون بر نشانه‌های سوگ را نشان می‌دهد.

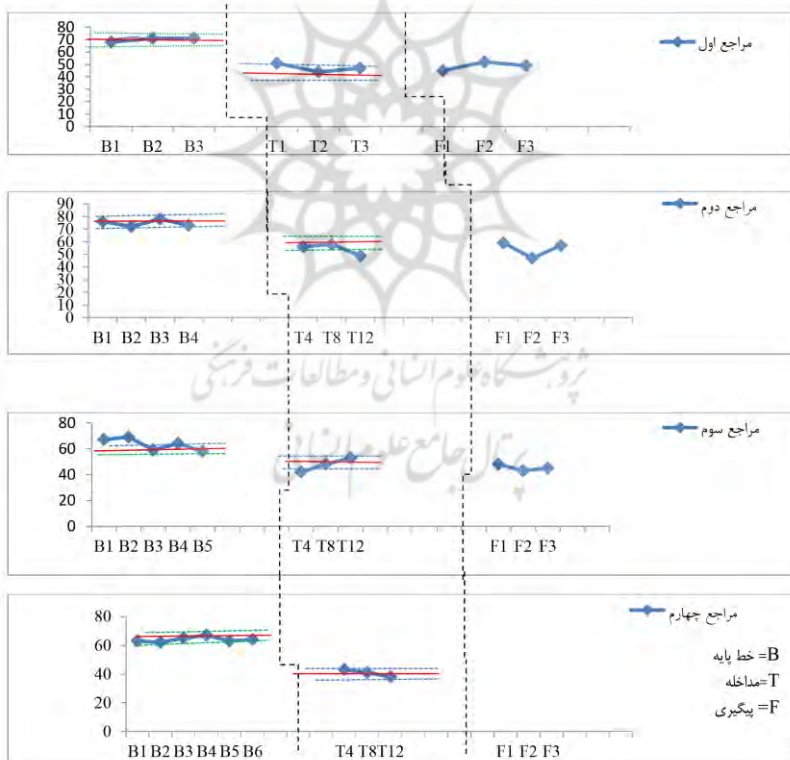
جدول ۲. مراحل اثربخشی درمان سوگ بیمارگون بر نشانه‌های سوگ

درمان سوگ بیمارگون				شرکت کننده ها مراحل درمان
نفر سوم (ن.ش)	نفر دوم (الف.ق)	نفر اول (ج.م)	نفر چهارم (ل.م)	
خط پایه				
۶۳	۶۷	۷۶	۶۸	خط پایه اول
۶۲	۶۹	۷۲	۷۱	خط پایه دوم
۶۵	۵۹	۷۸	۷۱	خط پایه سوم
۶۷	۶۴	۷۳	-	خط پایه چهارم
۶۳	۵۸	-	-	خط پایه پنجم
۶۴	-	-	-	خط پایه ششم
۶۴	۶۳/۴	۷۴/۷۵	۷۰	میانگین مرحله خط پایه
درمان				
۴۳	۴۲	۵۶	۵۱	جلسه چهارم

درمان سوگ بیمارگون				شرکت کننده ها مراحل درمان
نفر چهارم (م.ل)	نفر سوم (ن.ش)	نفر دوم (الف.ق)	نفر اول (ع.م)	
۴۱	۴۸	۵۸	۴۴	جلسه هشتم
۳۸	۵۳	۴۹	۴۷	جلسه دوازدهم
۴۰/۶۶	۴۷/۶۶	۵۴/۳۳	۴۷/۳۳	میانگین مرحله درمان
۴/۴۳	۲/۹۹	۳/۸۸	۴/۳۰	شاخص تغییر پایا (درمان)
%۳۶/۴۶	%۲۴/۸۲	%۲۷/۳۱	%۳۲/۳۸	درصد کاهش نشانه‌های سوگ
%۳۰/۲۴				درصد کاهش کلی نشانه‌های سوگ
پیگیری				
-	۴۸	۵۹	۴۵	پیگیری نوبت اول
-	۴۳	۴۷	۵۲	پیگیری نوبت دوم
-	۴۵	۵۷	۴۹	پیگیری نوبت سوم
-	۴۵/۳۳	۵۴/۳۳	۴۸/۶۶	میانگین مرحله پیگیری
-	۳/۴۳	۳/۸۸	۴/۰۵	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
-	%۲۸/۵۰	%۲۷/۳۱	%۳۰/۴۸	درصد کاهش نشانه‌های سوگ
%۲۸/۷۶				درصد کاهش کلی نشانه‌های سوگ پس از پیگیری

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نشانه‌های سوگ در مرحله خط پایه برای شرکت کننده‌های اول ۷۰، دوم ۷۴/۷۵، سوم ۶۳/۴ و چهارم ۶۴ و در پایان درمان برای نفرات اول ۴۷/۳۳، دوم ۵۴/۳۳، سوم ۴۷/۶۶ و چهارم ۴۰/۶۶ است. همچنین این میانگین در مرحله پیگیری برای نفر اول ۴۸/۶۶، دوم ۵۴/۳۳، سوم ۴۵/۳۳ است. به طور کلی نتایج بررسی داده‌ها حکایت از این دارد که نشانه‌های سوگ بعد از مراحل درمان و پیگیری کاهش داشته است. در عین حال درصد بهبودی در مرحله درمان برای نفرات اول ۳۲/۳۸، دوم ۲۷/۳۱، سوم ۲۴/۸۲ و چهارم ۳۶/۴۶ درصد بوده است؛ نتایج نشان دهنده این است که مراجع چهارم تغییر بیشتری نسبت به بقیه داشته است.

همچنین شاخص‌های تغییرپایا در پایان درمان به ترتیب برای نفرات اول ۴/۳۰، دوم ۳/۸۸، سوم ۲/۹۹ و چهارم ۴/۴۳ است که برای شرکت‌کننده‌های اول، دوم، سوم و چهارم بالاتراز  $z=1/96$  و معنادار است. این یافته می‌تواند نشان از تأثیرگذاری درمان سوگ بیمارگون بر کاهش نشانه‌های سوگ داشته باشد. براساس درصد کاهش نشانه‌های سوگ در پایان مراحل درمان (۳۰/۲۴٪) و نیز پیگیری (۲۸/۷۶٪) می‌توان گفت که درمان در طبقه بهبود اندک بلانچارد (فرا تراز ۲۵) قرار می‌گیرد (پوپن، ۱۹۸۹، به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۷). این میزان کاهش نشان می‌دهد نشانه‌های سوگ به واسطه درمان سوگ بیمارگون به گونه اندک ولی معنادار افزایش یافته است. در ادامه نمودار ۱ تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از مراجعان را در متغیر نشانه‌های سوگ نشان می‌دهد.



نمودار ۱: روند تغییر نمره‌های نشانه‌های سوگ بیمارگون در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

همانطور که نمودار ۱ نشان می‌دهد نشانه‌های سوگ در مراجعان شرکت کننده در درمان نسبت به خط پایه کاهش پیدا کرده است. برای هر آزمودنی شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی، مانند تغییر سطح، روند، POD و PND محاسبه شد. PND نشان دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و PND بستگی دارد. جدول ۳ متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره ۱ «م.ع» را نشان می‌دهد.

جدول ۳: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره ۱ «م.ع»

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
B	مقایسه‌ی موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
A				
		۳	۳	طول موقعیت‌ها
	تغییرات روند			سطح
مثبت	اثر وابسته به هدف	۴۷	۷۱	میان
باثبات به باثبات	تغییر ثبات	۴۷/۳۳	۷۰	میانگین
	تغییر در سطح	۵۱-۴۴	۷۱-۶۸	دامنه‌ی تغییرات
۴۵/۵ به ۷۱	تغییر نسبی			
۵۱ به ۷۱	تغییر مطلق			تغییر سطح
۴۷ به ۷۱	تغییر میانه	-۴۹ ۴۵/۵	-۷۱ ۶۹/۵	تغییر نسبی
۴۷/۳۳ به ۷۰	تغییر میانگین	۵۱-۴۷	۶۸-۷۱	تغییر مطلق



بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
	همپوشی داده‌ها			روند
۱۰۰٪	PND	نزولی	صعودی	جهت
		با ثبات	با ثبات	ثبات
۰٪	POD	خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

جدول ۴ متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره ۲ "الف.ق" را نشان می‌دهد.

جدول ۴: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی  
برای آزمودنی شماره ۲ «الف.ق»

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
B A	مقایسه‌ی موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
		۳	۴	طول موقعیت‌ها
	تغییرات روند			سطح
مثبت	اثر وابسته به هدف	۵۶	۷۴/۵	میان‌ه
با ثبات به با ثبات	تغییر ثبات	۵۴/۳۳	۷۴/۷۵	میانگین
	تغییر در سطح	۵۸-۴۹	۷۸-۷۲	دامنه‌ی تغییرات
۵۲/۵ به ۷۷	تغییر نسبی			
۵۶ به ۷۳	تغییر مطلق			تغییر سطح
۵۴ به ۷۴/۵	تغییر میان‌ه	-۵۷ ۵۲/۵	-۷۷ ۷۲/۵	تغییر نسبی
۵۴/۳۳ به ۷۴/۷۵	تغییر میانگین	۵۶-۴۹	۷۶-۷۳	تغییر مطلق

بین موقعیت ها		درون موقعیتی		
	همپوشی داده ها			روند
٪۱۰۰	PND	نزولی	شیب صفر	جهت
٪۰	POD	باثبات خیر	باثبات خیر	ثبات مسیرهای چندگانه

همانطور که مشاهده می‌شود در جدول ۵، متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره‌ی ۳ «ن.ش» بیان شده است.

جدول ۵: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره‌ی ۳ «ن.ش»

بین موقعیت ها		درون موقعیتی		
B A	مقایسه‌ی موقعیت	B	A	توالی موقعیت ها
		۳	۵	طول موقعیت ها
	تغییرات روند			سطح
مثبت	اثر وابسته به هدف	۴۸	۶۴	میانه
باثبات به باثبات	تغییر ثبات	۴۷/۶۶	۶۳/۴	میانگین
	تغییر در سطح	۵۳-۴۲	۶۹-۵۸	دامنه‌ی تغییرات
۴۵ به ۶۷	تغییر نسبی			
۴۲ به ۵۸	تغییر مطلق			تغییر سطح
۴۸ به ۶۴	تغییر میانه	۵۰/۵-۴۵	۶۷-۵۹	تغییر نسبی
۴۷/۶۶ به ۶۳/۴	تغییر میانگین	۵۳-۴۲	۶۷-۵۸	تغییر مطلق

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
	همپوشی داده‌ها			روند
۱۰۰٪	PND	صعودی	نزولی	جهت
٪	POD	با ثبات	با ثبات	ثبات
		خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

جدول ۶ متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره‌ی ۴ (ل.م) نشان می‌دهد.

جدول ۶: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره‌ی ۴ (ل.م)

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
B	مقایسه‌ی موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
A				
		۳	۶	طول موقعیت‌ها
	تغییرات روند			سطح
مثبت	اثر وابسته به هدف	۴۱	۶۳/۵	میان‌ه
با ثبات	تغییر ثبات	۴۰/۶۶	۶۴	میانگین
به با ثبات				
	تغییر در سطح	۴۳-۳۸	۶۷-۶۲	دامنه‌ی تغییرات
۳۹/۵	تغییر نسبی			
به ۶۵				
۴۳	تغییر مطلق			تغییر سطح
به ۶۲				
۴۱	تغییر میان‌ه	-۳۹/۵	۶۵-۶۳	تغییر نسبی
به ۶۳/۵				
۴۰/۶۶	تغییر میانگین	۵۳-۴۲	۶۳-۶۴	تغییر مطلق
به ۶۴				

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
	همپوشی داده‌ها			روند
٪۱۰۰	PND	نزولی	شیب صفر	جهت
٪۰	POD	باثبات خیر	باثبات خیر	ثبات مسیرهای چندگانه

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر کاهش نشانه‌های سوگ با درمان سوگ بیمارگون بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که درمان سوگ بیمارگون بر بهبود نشانه‌های سوگ مؤثر بوده است. همسوبا مطالعات پیشین، یافته‌های حاصل از تحلیل نمودارهای هر چهار آزمودنی نشان دهنده اثر بخشی درمان سوگ بیمارگون بر کاهش نشانه‌های سوگ افراد مبتلابود (شیپرو همکاران، ۲۰۰۵؛ شیپرو همکاران، ۲۰۱۴). همچنین طبق جلسات پیگیری که تا دو ماه پس از درمان ادامه یافت، علائم کاهش یافته پابرجا بود. در اختلال سوگ، افکار ناکارآمد و تفاسیر تهدید آمیز نشانه‌های سوگ (بوئلن و همکاران، ۲۰۰۳؛ وندرهاون و همکاران، ۲۰۱۰؛ استروئب و همکاران، ۲۰۱۴)، رفتارهای ناسازگارانه و تنظیم هیجانی نامؤثر، فرایند سوگ را پیچیده و طولانی مدت می‌کند (وندرهاون و همکاران، ۲۰۱۰؛ بوئلن و وندن بوت، ۲۰۱۰؛ اکانر، شیپیر، فاکس، اسکریتسکایا و کمپبل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). مطابق با پژوهش‌های گذشته، مقابله با اجتناب از یادآورهای سوگ با استفاده از تکنیک مواجهه (رامسی<sup>۲</sup>، ۱۹۷۹ به نقل از مالکینسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱)، بهبود روابط اجتماعی افراد (گاتیرو مارشال، ۱۹۷۷)، بازسازی شناختی و کار روی تفاسیر منفی، اشتغال ذهنی درباره فقدان، خودسرزندی و مسئولیت پذیری بیش از حد در مورد واقعه فقدان

1. O'Connor, M. F., Shear, K., Fox, R., Skritskaya, N., & Campbell, B  
 2. Ramsay, K  
 3. Malkinson, R

(مالکینسون، ۲۰۰۱؛ فرامرزی، عسگری و تقوی، ۱۳۹۱) در درمان اختلال سوگ مؤثر بوده است. از آنجا که درمان سوگ بیمارگون تکنیک‌های درمان شناختی- رفتاری و درمان میان فردی را در بر می‌گیرد، می‌تواند عواملی را که سوگ بیمارگون پیچیده، بیمارگون و طولانی مدت می‌کند مد نظر قرار دهد. طبق شکل شماره ۱، نمودار داده‌های هر چهار آزمودنی پس از دریافت مداخله و در جلسات پیگیری روندی نزولی در جهت هدف پژوهش (کاهش نشانه‌ها) را نشان می‌دهد.

در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که سازگاری با مرگ فرد عزیز می‌تواند توسط نگرش‌ها و رفتارهای ناسازگارانه از قبیل اجتناب، جستجوگری، خودسرزنی، سرزنش دیگران، ترس از شدت سوگ، ترس از در نظر گرفتن زندگی بدون متوفی، عدم تمایل به درگیری در فعالیت‌ها بغرنج شود (بوئلن، وندن بوت و وندن هوت، ۲۰۰۶). زنان بیشتر از مردان تفاسیر تهدید کننده دارند بنابراین نشانه‌های سوگ نابهنجار بیشتری را تجربه می‌کنند (وندراهاون و همکاران، ۲۰۱۰). لاند و گاسترا<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) بیان کردند که در برخی از افراد داغدار احساس هویت (من دیگر پدر نیستم، من دیگر همسر نیستم) آسیب می‌بیند و بنابراین احساس هویت نیاز به اصلاح مجدد دارد. هم چنین بعد از فقدان، برخی از افراد به خاطر ترس ناهشیار از بروز فقدان‌های بعدی، از تعاملات اجتماعی کناره گیری می‌کنند و روی افراد دیگر سرمایه گذاری نمی‌کنند. بعضی دیگر از افراد نیز روابط اجتماعی شان را دوباره ارزیابی می‌کنند و مراقبت بیشتری در حفظ روابط شان می‌کنند (به نقل از مالون، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد شناخت و اجتناب نقش اساسی در ایجاد و نگهداری سوگ نابهنجار دارند. از طریق کاهش تفاسیر تهدید کننده و نشخوارذهنی می‌توان شدت نشانه‌های سوگ را کاهش داد و هیجان مثبت را افزایش داد (وندراهاون و همکاران، ۲۰۱۰). سوگ مؤلفه‌های هیجانی و رفتاری ای دارد که هر چه از تجربه این نشانه‌ها اجتناب بیشتری صورت گیرد و افکار و هیجانات آن سرکوب گردد، سوگ فلج

کننده، پیچیده و طولانی‌تری می‌گردد. تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری، به نظر می‌رسد در درمان نشخوار فکری (وایمان-چیک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲)، پذیرش دشوار فقدان و سازماندهی دوباره افکار (زانگ، ال جواهر و پریگرسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶) در افراد داغدار مؤثر باشد. نشخوار ذهنی یک اجتناب شناختی است که پردازش هیجانی را متوقف می‌کند زیرا بر محدوده فقدان، بیشتر از فقدان موجود اشاره دارد و منجر به حفظ هیجان‌هایی چون عصبانیت، خشم و درماندگی بعد از فقدان می‌گردد (بوئلن و همکاران، ۲۰۰۳). هر فقدان می‌تواند مسئولیت جدید و انتقال نقش را در برداشته باشد. درمان سوگ بیمارگون به شناسایی پیچیدگی‌ها و موضوعاتی که با سوگ شفاف‌بخش مداخله می‌کنند می‌پردازد (شیرو و همکاران، ۲۰۰۵). این درمان به فرد داغ‌دیده متذکر می‌شود که هدف از درمان فراموش کردن و قطع ارتباط با متوفی نیست. آنها می‌توانند خاطرات متوفی را حفظ کنند اما همزمان به دنبال اهداف شخصی و علائق زندگی جدیدشان باشند.

با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌های طرح‌های تک موردی از جمله حجم کوچک نمونه و تک جنسیتی بودن نمونه پژوهش حاضر تعمیم پذیری یافته‌ها به طور آشکاری محدود می‌شود. در این مطالعه از نمونه گیری در دسترس استفاده شده است که در نتیجه باید تعمیم نتایج را با احتیاط انجام داد. لذا برای رفع این محدودیت‌های متدولوژیک و از آنجا که درمان سوگ بیمارگون (CGT)، برای اولین بار در کشور مورد مطالعه قرار گرفته است، پژوهش‌های دیگری به منظور تأیید بیشتر کارایی و کاربردپذیری این نوع مداخله در افراد مبتلا به اختلال سوگ بیمارگون در قالب کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده با حجم نمونه بزرگ‌تر و در دو جنسیت ضروری به نظر می‌رسد.

## منابع

- فرامرزی، س؛ عسگری، ک؛ تقوی، ف. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به سوگ نابهنجار. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، (۵) ۳۸۲-۱۰، ۳۷۳.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout., M. A. (2003a). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1123-1136.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout., M. A. (2003b). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 225-238.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout., M. A. (2006). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1657-1672.
- Boelen, P.A., & van den Bout, J. (2010). Anxious and depressive avoidance and symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress disorder. *Psychologica Belgica*. 50, 49-67.
- Cohen, J. H, Bierhals, A. J, Prigerson, H. G, Kasl, S. V, Mazure, C. M., & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, 29, 367-380.
- Cooper, J. O., Heron, T. F. & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis* (2nd ed.) Columbus, OH: Merrill/ Prentice Hall.
- December, D. (2013). *Individual and Environmental Correlates of Anxiety in Parentally Bereaved Children*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Bachelor of Arts with Honors in Psychology from the University of Michigan.
- Delespau, E., Ryckebosch-Dayez, A. S., Heeren, A., & Zech, E. (2013). Attachment and severity of grief: the mediating role of negative appraisal and inflexible coping. *OMEGA*, 67 (3), 269-289.
- Drenth, C. M., Herbst, A. G., & Strydom, H. (2010). A complicated grief intervention model. 15 (1).1-8.
- Gauthier, J., & Marshall, W. L. (1977). Grief: A cognitive-behavioral analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 1 (1), 39-44.
- Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*: Routledge.
- Malkinson, R. (2001). Cognitive-Behavioral Therapy of Grief: A Review and Application. *Research on Social Work Practice*, 11 (6), 671-698.
- Mallon, M. (2008). *Attachment and Loss, Death and Dying*. [www.sagepub.com/upm.../24803\\_02\\_Mallon\\_Ch.01.p](http://www.sagepub.com/upm.../24803_02_Mallon_Ch.01.p).
- Neimeyer, R. (1998). *Lessons of loss*. New York: McGraw-Hill.

- O'Connor, M. F., Shear K., Fox, R., Skritskaya, N., & Campbell, B. (2013). Catecholamine predictors of complicated grief treatment outcomes. *International Journal of Psychophysiology*, 88, 349–352.
- Parkes, C. (1998). Coping with loss: Bereavement in adult life. *British Medical Journal*, 316 (7134), 856-867.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F, Maciejewski, P. K., Davidson J., et al. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67–73.
- Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoucova, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 1-10.
- Shear, K. (2012). *Complicated grief treatment*. A guidebook for therapists.
- Shear, K. (2010). Complicated grief treatment: the theory, practice and outcomes. *Bereavement Care*, 29 (3), 10–14.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *American Medical Association*, 293 (21), 2601-2608.
- Shear, M. K, Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., et al. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 103-117.
- Shear, M., Wang, Y., Skritskaya, N, Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 71 (11), 1287-1295.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., Li, J., et al. (2014). Guilt in Bereavement: The Role of Self-Blame and Regret in Coping with Loss. *PLoS ONE*, 9 (5): e96606. doi:10.1371/journal.pone.0096606.
- Supiano, K. P., & Luptak, M. (2014). Complicated grief in older adults: a randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *Gerontologist*, 54 (5), 840-856.
- Van der Houwen, K., Stroebe, M. S., Schut, H., Stroebe, W., & van den Bout, J. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social Science & Medicine*, 71 (9), 1669-1676.
- Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14, 159-166.
- Woerner, L. C. (2010). *Complicated Grief: A Case Study of Pathological Bereavement*, Northcentral University. Doctor of philosophy.
- Worden, J. W. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.
- Wyman-Chick, K. A. (2012). Combining cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for geriatric depression with complicated grief. *Clinical Case Studies*, 11 (5), 361-375.
- Zhang, B., El-Jawahri, A., Prigerson, H. G. (2006). Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Palliative Medicine*, 9, 1188-1203.