



Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on perception of disease and worry in patients with illness anxiety disorder

Oldouz Mokhtarinejad¹, Bahram Mirzaian^{2*} , Ramezan Hassanzadeh³

1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
2. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
3. Professor of Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Received: 15 Apr. 2020

Revised: 16 May. 2020

Accepted: 2 Jun. 2020

Keywords


Schema therapy
Acceptance and commitment therapy
Illness perception
Worry
Illness anxiety disorder

Corresponding author

Bahram Mirzaian, Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Email: Bahrammirzaian@gmail.com



 doi.org/10.30699/icss.22.3.58

Abstract

Introduction: One of the topics discussed in psychology is how people respond to physical illnesses. That could lead to many problems. This study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on the perception of disease and worry in patients with illness anxiety disorder.

Methods: This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design. A sample of 45 patients with anxiety disorder selected by purposive sampling and divided into two experimental groups (schema therapy and treatment based on acceptance and commitment) and a control group (15 people in each group). Then, 12 sessions of 90-minute schema therapy and 8 sessions of 90-minute therapy based on acceptance and commitment were performed in the experimental groups. The instruments used were the Pennsylvania Worry Questionnaire and Disease Perception Questionnaire. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance and univariate analysis of covariance.

Results: The results showed that schema therapy, acceptance and commitment therapy effectively reduced worry and illness perception of patients with anxiety disorder but there was no significant relationship between these two treatments.

Conclusion: Given the role of beliefs and thoughts in anxiety disorder, it is recommended that therapists consider schema therapy and acceptance-based therapy to reduce symptoms of anxiety and illness perception.

Citation: Mokhtarinejad O, Mirzaian B, Hassanzadeh R. Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on perception of disease and worry in patients with illness anxiety disorder. *Advances in Cognitive Sciences*. 2020;22(3):58-67.



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب بیماری

اولدوز مختاری نژاد^۱، دکتر بهرام میرزائیان^{۲*} ID، دکتر رمضان حسن زاده^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
 ۲. استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
 ۳. استاد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

چکیده

مقدمه: یکی از مباحث مطرح در روان‌شناسی نحوه واکنش افراد به بیماری‌های جسمانی است که می‌تواند آسیب‌های همه جانبه‌ای برای فرد داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی و ادراک بیماری مبتلایان به اختلال اضطراب بیماری انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون سه گروهی بود. نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب بیماری به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایشی (طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر در هر گروه). سپس ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره درمانی و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه‌های آزمایشی انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا و پرسشنامه ادراک بیماری جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS-21 انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی و ادراک بیماری مبتلایان به اختلال اضطراب بیماری موثر است ($P < 0/05$). اما بین این دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش باورها و افکار در اختلال اضطراب بیماری پیشنهاد می‌شود که درمانگران، طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش علائم نگرانی و ادراک بیماری مد نظر قرار دهند.

دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۲۷

اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۰۲/۲۷

پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۱۳

واژه‌های کلیدی

طرحواره درمانی
 درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
 نگرانی
 ادراک بیماری
 اختلال اضطراب بیماری

نویسنده مسئول

بهرام میرزائیان، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
 ایمیل: Bahrammirzaian@gmail.com



doi.org/10.30699/icss.22.3.58

مقدمه

برای زنده ماندن ضروری است، تعجب‌آور نیست که بیشتر مردم نگرانی‌هایی درباره سلامتی‌شان داشته باشند. این افکار و نگرانی‌ها در میان افرادی که به بیماری وخیمی مبتلا هستند و یا در معرض خطر ابتلا به یک نوع بیماری خاص می‌باشند می‌تواند بیشتر باشد. اما افرادی هستند که بدون این که در معرض خطر و یا مبتلا به بیماری خاصی

یکی از مباحث مطرح در روان‌شناسی نحوه واکنش افراد به بیماری‌های جسمانی است. در یک سو کسانی قرار دارند که به انکار مشکلات جسمانی خود می‌پردازند و در سوی دیگر کسانی قرار دارند که نشانه‌های جزئی و حتی خوش‌خیم جسمانی را نشانه بیماری و خیم جسمانی سوءتعبیر می‌کنند (۱). با توجه به این که سلامت جسمانی

و مدت زمان بیماری تنظیم می‌نمایند (۱۱). درک از بیماری ۷ حیطه هویت (درک علائم بیماری)، سیر بیماری (مزمّن یا حاد بودن)، پیامد بیماری، کنترل فردی، کنترل درمانی، کنار آمدن با بیماری، دوره‌ای بودن بیماری و تظاهرات عاطفی بیماران را در بر می‌گیرد (۱۲).

همان‌طور که پیشتر اشاره شد عوامل متعددی واکنش فرد را به علائم جسمانی تعیین می‌کنند که از این میان می‌توان به مهم‌ترین آنها یعنی معنایی که فرد به نشانه‌های خود می‌دهد، اشاره کرد. باورهای ناکارآمد یا طرحواره‌های ناسازگار اولیه که ژرف‌ترین ساختارهای شناختی، هستند بر کارآمدی هیجانی و رفتاری تاثیر می‌گذارند. طرحواره‌ها در رویارویی با محرک‌های جدید بر پایه ساختار پیشین خود، اطلاعات بدست آمده را سرند، رمزگردانی و ارزیابی می‌کنند و بدین ترتیب بر نوع نگرش افراد نسبت به خود و جهان پیرامونشان تاثیر می‌گذارند. در چارچوب روان‌درمانی طرحواره به عنوان یک عامل سازمان‌بخش در نظر گرفته می‌شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. معمولاً ماهیت ناکارآمد طرحواره‌ها وقتی ظاهر می‌شود که بیماران در روند زندگی روزمره خود و در تعامل با دیگران به گونه‌ای عمل کنند که طرحواره‌های آنها تایید شود، حتی اگر برداشت اولیه آنها درست نباشد (۱۳). در بین افراد با سطوح ترس ادراک شده از بیماری، تجارب منفی زندگی در فراخوانی الگوهای هیجانی منفی بعدی مؤثرتر است. در مقابل، در بین افراد با سطوح ترس ادراک شده پایین، تغییرات منفی زندگی بر الگوی تجارب هیجانی منفی بعدی اثر اندکی دارند. این وضعیت در بین افراد با سطوح ترس ادراک شده بالا، از طریق ارزیابی شناختی بدبینانه که در تشدید هیجانات منفی بعدی مؤثر است تبیین شده است (۱۴). آنچه که در حیطه روان‌درمانی در ارتباط با طرحواره‌ها مهم است، این عقیده است که اکثر طرحواره‌ها در سال‌های اولیه زندگی شکل گرفته و ادامه یافته‌اند تا این که پیچیده و دارای جزئیات فراوان شده‌اند، و سپس روی تجارب بعدی زندگی آن چنان اثر گذاشته‌اند که دیگر هیچ تجربه‌ای بدون دخالت آنها ممکن نیست. به این ترتیب به دلیل نیاز به «انسجام شناختی» و جهت حفظ دیدگاه ثابتی از خود و دنیا به استفاده از طرحواره‌ها (حتی اگر هم نادرست و تحریف شده باشند)، روی می‌آورند (۱۵).

درمان‌هایی مختلفی در دو دهه اخیر در کاهش استرس و اضطراب مورد توجه قرار گرفته است (۱۶، ۱۷)، که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از آنهاست. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل جدید رفتار درمانی است و مبتنی بر نظریه چارچوب رابطه‌ای است (۱۸). این رویکرد در مقایسه با رفتار درمانی شناختی تاکید بیشتری بر پذیرش و تمایل به تجربه رویدادهای درونی دارد (۱۹). در درمان مبتنی بر پذیرش

باشند دچار نگرانی و اضطراب شدیدی نسبت به سلامتی‌شان می‌شوند و علائم جسمانی ساده را به عنوان بیماری وخیم تلقی می‌کنند. این افراد دچار اضطراب سلامتی می‌باشند (۲). اضطراب سلامت که اختلال اضطراب بیماری (Illness anxiety disorder) نیز نامیده می‌شود در گذشته در نسخه تجدید نظر شده ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR) با عنوان اختلال خودبیمارانگاری (Hypochondriasis) شناخته می‌شد (۳). بر اساس ملاک‌های Fink و همکاران اضطراب سلامت با نشخوار اغراق‌آمیز و نگرانی‌های مکرر در مورد بیماری‌های جدی و اشتغال ذهنی مداوم که موجب اختلال در سلامت روان و کاهش کیفیت زندگی می‌شود، مشخص می‌شود. اضطراب سلامتی یعنی ترس مداوم از این که پی ببرید به بیماری خطرناکی مبتلا خواهید شد. در حالی که می‌توانستید جلوی آن را بگیرید (۴). اصطلاح اضطراب بیماری در DSM-5 نیز اشاره به ملاک‌های مشابه مطرح شده توسط Fink را دارد. بیماران دچار اختلال اضطراب بیماری همچون مبتلایان به اختلال علائم جسمی (Somatoform disorder) معتقدند که مبتلا به یک بیماری وخیم هستند که هنوز تشخیص داده نشدند و نمی‌توان آنها را به قبول خلاف این موضوع قانع کرد. اعتقاد آنها به وجود بیماری علیرغم نتایج منفی آزمایشات، سیر خوش‌خیم بیماری فرضی در طول زمان و اطمینان بخشی مناسب از سوی پزشکان همچنان ادامه می‌یابد. اشتغال ذهنی آنها با بیماری در تعامل آنها با خانواده، دوستان و همکاران خدشه وارد می‌کند (۵). در اختلال اضطراب بیماری، شخص عمدتاً نگران بیمار بودن خود است نه نگران نشانه‌های بدنی این افراد اغلب معتاد به جستجوهای اینترنتی در مورد بیماری فرضی هستند و از اطلاعاتی که پیدا می‌کنند بدترین استنتاج‌ها را به عمل می‌آورند (۶). ۸۸ درصد افراد مبتلا به اضطراب بیماری معمولاً از یک اختلال روان‌شناختی دیگر نیز رنج می‌برند. به ویژه افسردگی، اضطراب فراگیر یا شکایات جسمانی (۷). شواهد تجربی نشان می‌دهد که افراد دچار اختلال اضطراب بیماری به لحاظ باورها، ادراک نسبت به بیماری و گرایش به سوء تعبیر احساس‌های بدنی، با افراد سالم و بیماران مضطرب تفاوت دارند (۱). علاوه بر این بیشتر این افراد مانند بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری دچار مشکلاتی در کارکردهای شناختی و اجرایی هستند (۸، ۹). منظور از ادراک بیماری (Illness perception)، بازنمایی شناختی سازمان‌یافته بیمار از بیماری خود می‌باشد (۱۰). بر اساس نظریه Leventhal، بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را بر اساس ادراک خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل‌پذیری

لازم در خصوص برگزاری دوره آموزشی صورت گرفت. قبل شروع مداخله ابتدا از هر سه گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره درمانی (Young, ۱۹۹۰، ۲۱) (جدول ۱) و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Hayes و همکاران، ۲۰۰۴) (۲۲) (جدول ۲) در گروه‌های آزمایشی انجام شد. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان دوره آموزشی هر سه گروه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل: تشخیص اختلال اضطراب بیماری، سن بین ۲۵ الی ۵۰ سال، عدم مصرف داروی اعصاب و روان در طول سه ماهه گذشته، عدم ابتلا به بیماری جسمانی جدی مانند سرطان، MS، آلزایمر و نظیر آنها، عدم ابتلا به بیماری روان‌پزشکی جدی مانند اختلالات سایکوتیک و... داشتن سواد حداقل تا سوم راهنمایی، تکمیل موافقت‌نامه رضایت آگاهانه جهت شرکت در طرح پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج از گروه نمونه عبارت بودند از: عدم رضایت برای شرکت در مطالعه، غیبت بیش از دو جلسه در درمان، دریافت درمان یا مداخلات مشابه در چند سال گذشته. در پژوهش حاضر به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف پژوهش برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد، همچنین به تمام شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه خواهد بود. اگر بیماری تمایل به حضور در مطالعه نداشت، وارد مطالعه نمی‌شد. در پایان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آزمودنی‌ها اخذ شد. این مطالعه با کد IR.IAU.SARI.REC.1398.080 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ادراک بیماری ((Brief-IPQ) پرسشنامه ادراک بیماری (Brief Illness Perception Questionnaire) و پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS-21 انجام گرفت.

پرسشنامه ادراک بیماری (Brief-IPQ): این پرسشنامه ۹ سؤال برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است (۱۲). سؤال‌ها به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجند. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ دارای پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. در تحلیل نهایی توصیه شده است که هر یک از زیر مقیاس‌ها به طور جداگانه مورد تحلیل قرار گیرند. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآمایی به فاصله ۶ هفته برای سوالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده نشان‌دهنده

و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزردهنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تاثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند. به طور کلی اختلالاتی که در آنها فرد نمی‌خواهد با تجارب درونی‌اش ارتباط داشته باشد و گام‌هایی را برای تغییر شکل یا فراوانی این رویدادها و زمینه‌هایی که آنها را باعث شده‌اند بر می‌دارد، حتی زمانی که تلاش برای چنین کارهایی تاثیری منفی بر کیفیت زندگی‌اش دارد، اجتناب تجربه‌ای نامیده می‌شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرایند که عبارتند از پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها و ارتباط با آنها و تعهد در مقابل منفعل بودن (۲۰). تحقیقات اندکی در زمینه مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب بیماری در دسترس است که نیاز به انجام پژوهش در این حیطه را ضروری می‌نماید. از طرفی در صورت تایید موثر بودن روش‌های درمانی فوق پس از بررسی در پژوهش حاضر، گزینه‌های بیشتری برای درمان‌گران در جهت درمان این بیماران وجود خواهد داشت. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی و ادراک بیماری مبتلایان به اختلال اضطراب بیماری انجام گرفت.

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با سه گروه بود. جامعه این پژوهش شامل افرادی بود که به مراکز مشاوره باور و بامداد واقع در شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ مراجعه نموده و پس از مصاحبه بالینی تشخیص اختلال اضطراب بیماری داشتند. از بین این مراجعه‌کنندگان نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایشی (طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر در هر گروه). جهت نمونه‌گیری، پژوهشگر به مراکز مشاوره در شهر ساری مراجعه کرده و بعد از هماهنگی با مراکز مورد نظر، اطلاعیه در خصوص شرکت داوطلبانه افراد در جلسات در محل‌های مورد نظر نصب شد. بعد از مراجعه افراد و ثبت‌نام در دوره آموزشی، هماهنگی‌های

همبستگی زیرمقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است (۱۲). در ایران باقریان و همکاران نسخه فارسی این مقیاس را تهیه نموده‌اند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده ۰/۷۱ گزارش نموده‌اند (۲۳).

پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا (Worry Questionnaire (PSWQ **Pennsylvania State**: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ توسط Barlow و Zeinberg ساخته شده است و یک ابزار خودسنجی ۱۶ سوالی است که نگرانی شدید، مفرط و غیر قابل کنترل را اندازه‌گیری می‌کند. این ماده‌ها برای دستیابی به ابعاد عمومیت، شدت و کنترل ناپذیری نگرانی مرضی طراحی شده‌اند. هر ماده روی یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای بین ۱=به هیچ وجه در مورد من صادق نیست

تا ۵=بسیار زیاد در مورد من صادق است رتبه‌بندی می‌شود (۲۴). PSWQ ویژگی‌های روان‌سنجی بسیار مطلوبی دارد. سازگاری درونی ضریب آلفا برای این ابزار ۰/۹۴ گزارش شده و از نظر روایی نیز این ابزار به خوبی می‌تواند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را از بیماران افسرده جدا کند. افزون بر این، روایی سازه‌ای این ابزار در بررسی‌های تحلیل عاملی به تأیید رسیده است (۲۴). در ایران دهشیری و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا بر روی یک نمونه ۴۲۴ نفری پرداختند. نتایج آنها حاکی از بالا بودن ضرایب همسانی درونی و بازآزمایی (با فاصله یک ماه) بود. همچنین همبستگی معناداری بین نمرات پرسشنامه با نمرات اضطراب صفت و افسردگی بود (۲۵).

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات طرحواره درمانی

جلسات	خلاصه جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه، ایجاد یک رابطه متقابل و برخورد از تشریک مساعی، آموزش رویکرد طرحواره درمانی، اخذ رضایتنامه آگاهانه، ارایه آزمون‌های پژوهش
جلسه دوم	سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای، ضابطه‌بندی مشکل مراجعان بر اساس رویکرد طرحواره محور و تکمیل فرم مفهوم‌پردازی
جلسه سوم تا پنجم	استفاده از روش‌های شناختی در جهت تردید و بی‌اعتبارسازی طرحواره‌های غالب مراجعان
جلسه ششم تا هشتم	استفاده از روش‌های تجربی در جهت آشنایی مراجع با ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و درک راهکارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی
جلسه نهم تا دوازدهم	تشویق و ترغیب مراجع در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه برای ارضا و تشریف‌نیازهای هیجانی اساسی، و وادار داشتن بیمار به آماده ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	هدف	خلاصه جلسات
جلسه اول	استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش ACT	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با رهبر، نام‌گذاری برای گروه، بیان چارچوب اساسی برنامه کار و اهداف جلسات، انجام پیش‌آزمون
جلسه دوم	مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات، ارائه تکلیف
جلسه سوم	کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل	بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی
جلسه چهارم	مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت
جلسه پنجم	نظاره افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی

جلسات	هدف	خلاصه جلسات
جلسه ششم	موانع پیش‌روی در تحقق ارزش‌ها	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها
جلسه هفتم	پیگیری ارزش‌ها	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارایه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها
جلسه هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده	درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آنها برای ادامه زندگی و در انتها گرفتن پس‌آزمون

یافته‌ها

پرسشنامه ادراک بیماری در گروه طرحواره درمانی برابر با ۵۱/۱۳، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر با ۴۵/۳۳ و در گروه کنترل ۴۵/۳۳ بوده است. همچنین میانگین نمرات پیش‌آزمون نگرانی در گروه طرحواره درمانی برابر با ۵۰/۷۸، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۸/۱۳ و در گروه کنترل ۴۸/۲۰ بود. همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد، در مرحله پیش‌آزمون میانگین‌های متغیرهای پژوهش در سه گروه تقریباً با هم برابرند.

از بین ۴۵ آزمودنی این پژوهش، ۶ نفر مرد و ۳۹ نفر زن بودند. مدرک تحصیلی ۷ نفر دیپلم، ۲۵ نفر کارشناسی، ۱۱ نفر کارشناسی ارشد و ۲ نفر دکتری بود. ۳۰ نفر شاغل و ۱۵ نفر بیکار بودند. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۵ سال بود. جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌ها در پیش‌آزمون

گروه	طرحواره درمانی		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ادراک بیماری	۵۱/۱۳	۱۰/۱۵۵	۵۰/۳۳	۱۰/۸۱۴	۴۵/۳۳	۱۱/۲۹۹
نگرانی	۵۰/۸۷	۱۱/۴۸۸	۴۸/۱۳	۱۱/۴۳۲	۴۸/۲۰	۷/۰۸۳

برابر با ۴۳/۶۰، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۹/۸۰ و در گروه کنترل ۴۷/۶۰ بوده است. با توجه به یافته‌های بدست آمده بین میانگین‌های متغیرهای پژوهش در سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

همان‌طور که از اطلاعات جدول ۴ بر می‌آید، میانگین نمرات پس‌آزمون ادراک بیماری در گروه طرحواره درمانی برابر با ۴۵/۳۳، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۳/۱۳ و در گروه کنترل نیز ۴۵/۱۳ بود. همچنین میانگین نمرات پس‌آزمون نگرانی در گروه طرحواره درمانی

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌ها در پس‌آزمون

گروه	طرحواره درمانی		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ادراک بیماری	۴۵/۳۳	۹/۷۶۶	۴۳/۱۳	۹/۱۷۲	۴۵/۱۳	۱۱/۳۶۳
نگرانی	۴۳/۶۰	۱۱/۰۵۷	۳۹/۸۰	۱۰/۹۷۵	۴۷/۶۰	۷/۸۶۳

آن جهت بررسی این که کدام دو گروه با هم تفاوت دارند از آزمون تعقیبی فیشر استفاده شد، نتایج این آزمون نشان داد تفاوت هر کدام از گروه‌های

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که ادراک بیماری پس از مداخله‌های درمانی در بین سه گروه تفاوت معناداری داشته است ($P=0/001$). پس از

طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل معنادار است اما بین نتایج دو نوع درمان تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیر ادراک بیماری

مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	P	مجذور اتا
گروه	۲	۱۶۷/۲۸۵	۲۱/۷۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۵
پیش آزمون	۱	۴۰۰۵/۶۴۰	۵۲۱/۱۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۷
خطا	۴۱	۷/۶۸۷			
کل	۴۵				

همان طور که از نتایج گذارش شده در جدول ۶ از آزمون تحلیل واریانس مشخص می شود تفاوت نگرانی در ۳ گروه معنادار است ($P=0/0001$). برای این که بدانیم کدام دو گروه با هم تفاوت دارند از آزمون تعقیبی

فیشر استفاده شد که نتایج آن نشان داد تفاوت هر کدام از گروه های طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل معنادار است اما بین نتایج دو نوع درمان تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس برای متغیر نگرانی

مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	P	مجذور اتا
گروه	۲	۲۵۴/۹۷۴	۱۲/۰۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۰
پیش آزمون	۱	۳۳۹۶/۲۰۱	۱۶۰/۵۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۷
خطا	۴۱	۲۱/۱۵۶			
کل	۴۵				

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی و ادراک بیماری مبتلایان به اختلال اضطراب بیماری انجام شد. نتایج بدست آمده نشان داد که هر دو درمان بر کاهش نگرانی و بهبود ادراک بیماری مراجعان تاثیر معناداری دارند. اما در مقایسه میزان اثربخشی دو درمان تفاوت معناداری حاصل وجود نداشت. این نتایج با یافته های مطالعه مالمیر و همکاران ۱۳۹۶ (۲۶)، باغبان باغستان و همکاران ۱۳۹۶ (۲۷)، Eifert و Heffner ۲۰۰۳ (۲۸)، Sheydayi Aghdam و همکاران ۲۰۱۴ (۲۹) و Mahdavi و همکاران ۲۰۱۷ (۳۰) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت، افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری معتقدند که با نگرانی می توانند زودتر به مشکل پی برده و تحت درمان قرار بگیرند و در نتیجه احساس می کنند که مسئولانه رفتار کردند، لذا نگرانی های خود در رابطه با سلامت را سودمند می دانند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از روش درماندگی خلاقانه، موجب درک ناکارآمدی افکار فوق شده و

نیز بی فایده بودن سایر راهبردهای بیمار از قبیل اطمینان جویی مفرط و وارسی مکرر را نیز مشخص می سازد. این درمان مشکلات روان شناختی انسان را عمدتاً به عنوان انعطاف ناپذیری روان شناختی می شناسد که توسط همجوشی شناختی و اجتناب تجربه ای ایجاد شده است. ACT در بافت یک ارتباط درمانی، وابستگی های مستقیم و فرایندهای کلامی غیرمستقیم را به کار می گیرد تا به طور تجربی بتواند در درجه اول از طریق پذیرش، ناهمجوشی، ایجاد یک حس فراتجربی از خود، ارتباط با لحظه اکنون، ارزش ها و ساختن الگوهای خوب از اقدامات متعهدانه مرتبط با این ارزش ها، انعطاف پذیری روان شناختی بیشتری در فرد ایجاد کند (۲۲). راهبردهای ناهمجوشی موجب کاهش تاثیرات زیان بار زبان و شناخت می شوند. همجوشی شناختی زمانی رخ می دهد که افکار جدی و عینی در نظر گرفته می شود. این ممکن است فرد را وادار کند به جای واکنش به رویدادهای زمان حال، به ارزیابی ها و قواعد کلامی واکنش نشان دهد. برای مثال بیماری که با فکر «احتمالاً بیماری جدی دارم» همجوشی دارد، این را فقط یک فکر در نظر نمی گیرد، بلکه آن

روانی در کنار آمدن افراد با موقعیت‌های مترقبه مفید هستند. بنابراین اگر بتوان طرحواره‌های افراد مبتلا به اضطراب بیماری را با استفاده از طرحواره درمانی به عنوان یک رویکرد روان‌شناختی (برای مثال یک جهان‌بینی و یک الگوی فکری) دهد (۳۴). همچنین در تبیین این یافته بر اساس رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا می‌توان گفت اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی شاید به این دلیل باشد که برنامه‌ریزی و هدفمندی حاصل از آموزش کارکردهای اجرایی باعث پیگیری اهداف و موفقیت در عملکرد می‌شود که این امر نیز به نوبه خود از طریق کاهش ترس ادراک شده بر امیدواری تأثیر مثبت می‌گذارد (۳۵). چرا که افراد دارای ترس ادراک شده بالا و امیدواری پایین، اراده ضعیفی برای پیگیری اهداف خود دارند و همچنین کمتر جهت یافتن مسیرهای موثر جهت رسیدن به اهداف انگیزه‌مند هستند. به نظر می‌رسد، در شرایط درمانی، سطح امیدواری افراد به عنوان یک عنصر موثر و محوری عمل می‌کند. اما از طرفی او برای این تغییر نیازمند آن است که با دیدی مثبت به تغییرات بنگرد، در این جا است که خوش‌بینی او به یاری‌اش می‌رسد و از طریق این ویژگی است که در لحظات سخت بر تغییر سبک زندگی‌اش پایبند می‌ماند. از این رو می‌توان طرحواره درمانی را به عنوان درمانی موثر در مداخلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب بیماری مدنظر قرار داد (۱۵).

از محدودیت‌هایی این پژوهش می‌توان به استفاده از ابزار خود گزارش‌دهی اشاره نمود که ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج ندهند. عدم وجود مرحله پیگیری و در نتیجه در دست نبودن اطلاعاتی از تداوم تغییر و یا ثبات نتایج محدودیت دیگر پژوهش است. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی، و عواملی نظیر آن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی و ادراک بیماری مبتلایان به اختلال اضطراب بیماری موثر است. بنابراین، با توجه به نقش باورها و افکار در اختلال اضطراب بیماری پیشنهاد می‌شود که درمانگران، طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش علائم نگرانی و ادراک بیماری مد نظر قرار دهند.

را یک حقیقت محض می‌داند. این ممکن است منجر به واری‌های افراطی نشانه‌های بیماری شود. ناهمجوشی به فرد اجازه می‌دهد، افکارش را به عنوان افکار ببیند نه این که آنها را حقایق مسلمی درباره جهان به حساب آورد. ناهمجوشی مراجع را رها می‌سازد تا به جای محتوای کلامی همجوشی، بر مبنای ارزش‌ها و شرایط محیط کنونی است عمل کند. روش‌های تجربی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران این امکان را می‌دهد که با توقف نشخوارهای فکری مرتبط با اطمینان‌جویی مفرط و واری‌های مکرر رویکرد کارآمدتری در قبال نگرانی‌های مرتبط با بیماری اتخاذ نمایند. این موجب می‌شود که افراد ادراک واقع‌گرایانه‌تری از نشانگان بیماری داشته باشند (۲۲). با این توصیف می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد راهبرد موثری در بهبود نگرانی و ادراک بیماری مبتلایان به اختلال اضطراب بیماری است (۲۷).

نتایج بدست آمده نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش نگرانی و بهبود ادراک بیماری مراجعان تأثیر معناداری دارد. این یافته‌ها به وجود رابطه بین علائم سلامت روان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه صحه می‌گذارد، که همسو با مطالعات خالقی و همکاران ۱۳۹۵ (۳۱)، ایزدی و همکاران ۱۳۹۸ (۱۴)، Fassbinder و Arntz ۲۰۱۹ (۳۲) و قربان علی‌پور و همکاران ۱۳۹۶ (۳۳) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، طرحواره‌های شناختی است که احساس خوشایند یا ناخوشایند از خویشتن، ترس و اضطراب از دست دادن، اعتماد به خود یا دیگران و آسیب دیدن و راه‌های مقابله با این افکار را در افراد به وجود می‌آورد. طرحواره درمانی با استفاده از روش‌های شناختی، تجربی، الگوشکنی رفتاری و رابطه درمانی با ایجاد آگاهی شناختی به بیماران کمک می‌کند تا طرحواره‌های خود را بشناسند و خاطرات، هیجانات، احساس‌های بدنی و سبک‌های مقابله‌ای مرتبط با آنها را مورد شناسایی قرار دهند. زمانی که بیماران، طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای‌شان را درک می‌کنند، می‌توانند تا حدودی بر پاسخ‌هایشان کنترل داشته باشند. از این رو هدف درمان افزایش آگاهی عقلانی و کنترل هشیارانه بر طرحواره‌هاست. بیماران به این نتیجه می‌رسند که طرحواره یا غلط است یا این که سخت اغراق‌آمیز است. تکنیک‌های تجربی این امکان را به بیمار می‌دهند که به ارتباط بین ریشه‌های تحولی این طرحواره‌ها و مشکلات فعلی خود پی ببرند. در الگوشکنی رفتاری بیماران سعی می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره، رفتارهای انطباقی‌تری را جایگزین کنند (۲۱). در تبیین این یافته بر اساس رویکرد طرحواره درمانی می‌توان گفت که تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پی طرحواره درمانی باعث تغییر در سبک زندگی و نگرش و رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم در بیماران می‌شود. از این نظر طرحواره‌های

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه جهت اخذ PhD رشته روان شناسی عمومی

در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می باشد. بدین وسیله از مساعدت کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، قدردانی می نمائیم.

References

1. Fergus TA. Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: Further evidence of cognitive specificity. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;70(3):248-259.
2. Melli G, Bailey R, Carraresi C, Poli A. Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2018;25(2):263-271.
3. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV-TR). Washington, DC:American Psychiatric Publication;2000.
4. Fink P, Ornbol E, Christensen KS. The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PloS One*. 2010;5(3):e9873.
5. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Arlington VA:American Psychiatric Publication;2013.
6. DiBartolo PM, Frost RO, Dixon A, Almodovar S. Can cognitive restructuring reduce the disruption associated with perfectionistic concerns?. *Behavior Therapy*. 2001;32(1):167-184.
7. Leahy RL. The worry cure: Seven steps to stop worry from stopping you. 1st ed. New York: Harmony;2006.
8. Yazdi-Ravandi S, Shamsaei F, Matinnia N, Shams J, Moghimbeigi A, Ghaleiha A, et al. Cognitive process in patients with obsessive-compulsive disorder: A cross-sectional analytic study. *Basic and Clinical Neuroscience*. 2018;9(6):448-457.
9. Yazdi-Ravandi S, Shamsaei F, Matinnia N, Moghimbeigi A, Shams J, Ahmadpanah M, et al. Executive functions, selective attention and information processing in patients with obsessive compulsive disorder: A study from west of Iran. *Asian Journal of Psychiatry*. 2018;37:140-145.
10. Indrayana S, Guo S-E, Lin C-L, Fang S-Y. Illness perception as a predictor of foot care behavior among people with type 2 diabetes mellitus in Indonesia. *Journal of Transcultural Nursing*. 2019;30(1):17-25.
11. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. In: Rachman S, editor. Medical psychology. New York:Pergamum Press;1980. pp. 7-30.
12. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;60(6):631-637.
13. Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. Schema therapy: Distinctive features. 1st ed. New York:Routledge;2010.
14. Izadi F, Ashrafi E, Fathi Ashtiani A. The effectiveness of emotional schema therapy on reduction of the negative emotional schemas, alexithymia and signs of patients with somatic symptoms. *Journal of Behavioral Sciences Research*. 2019;17(2):232-243. (Persian)
15. Bach B, Bernstein DP. Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*. 2019;32(1):38-49.
16. Azami E, Hajsadeghi Z, Yazdi-Ravandi S. The comparative study of effectiveness of training communication and emotional skills on parenting stress of mothers with autism children. *Zanko Journal of Medical Sciences*. 2017;18(56):1-11. (Persian)
17. Hajsadeghi Z, Yazdi-Ravandi S, Pirnia B. Compassion-focused therapy on levels of anxiety and depression among women with breast cancer: A randomized pilot trial. *International Journal of Cancer Management*. 2018;11(11):e67019.
18. Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*. 2008;9(3):139-152.
19. Gaudiano BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*.

- 2006;44(3):415-437.
20. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies—republished article. *Behavior Therapy*. 2016;47(6):869-885.
21. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York:Guilford Press;2003.
22. Hayes SC, Strosahl KD, Bunting K, Twohig M, Wilson KG. What is acceptance and commitment therapy.? In: Hayes SC, Strosahl KD, editors. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Boston, MA:Springer;2004. pp. 3-29.
23. Bagherian Sararudi R, Bahrami E, Sanei H. Relationship between history of myocardial infraction and cognitive representation of myocardial infraction. *Research in Psychological Health*. 2008;2(2):29-39. (Persian)
24. Davey GC, Wells A. Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment. New Jersey:John Wiley & Sons;2006.
25. Dehshiri GR, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometrics particularity of farsi version of Pennsylvania state worry questionnaire for college students. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;1(4):67-75. (Persian)
26. Ebrahimi Moghadam H, Malmir T, Rahmani F, Ramezan Alizadeh Z. Investigate the effectiveness of group training based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on aggression and anxiety in patients with panic. *The Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2018;13(4):141-156. (Persian)
27. Baghban Baghestan A, Aerab Sheibani K, Javedani Masrur M. Acceptance and commitment based therapy on disease perception and psychological capital in patients with type II diabetes. *Quarterly of Horizon of Medical Sciences*. 2017;23(2):135-140. (Persian)
28. Eifert GH, Heffner M. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2003;34(3-4):293-312.
29. Sheydayi Aghdam S, Shamseddini Lory S, Abassi S, Yosefi, S, Abdollahi S, Moradijoo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2014;9(37):57-66. (Persian)
30. Mahdavi A, Aghaei M, Aminnasab V, Tavakoli Z, Besharat M, Abedin M. The effectiveness of acceptance-commitment therapy (ACT) on perceived stress, symptoms of depression, and marital satisfaction in women with breast cancer. *Archives of Breast Cancer*. 2017;4(1)16-23.
31. Khaleghi M, Mohammadkhani Sh, Hasani J. Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety's signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder: Single-subject design. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;8(2):43-55. (Persian)
32. Fassbinder E, Arntz A. Schema therapy with emotionally inhibited and fearful patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2019;49(1):7-14.
33. Ghorbanalipoor M, Moghadamzadeh A, Jafary E. The effectiveness of schema therapy and logo therapy on death anxiety in patients with hypochondriasis. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2017;7(1):52-66. (Persian)
34. Brand-de Wilde O, Arntz A. Schema Therapy. In: Dobson K, Dozois D, editors. Handbook of cognitive-behavioral therapies. 4th ed. New York:Guilford Press;2019. p. 249.
35. Yakushko O. Don't worry, be happy: Erasing racism, sexism, and poverty in positive psychology. *Psychotherapy and Politics International*. 2018;16(1):e1433.