

## Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Improving Emotion Regulation Strategies in Depressed Patients with Bereavement

Moraveji, M., Bagherzadeh Golmakani, \*Z., Akbarzadeh, M.

### Abstract

**Introduction:** The purpose of the present study was to compare the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on improving emotion regulation strategies of depressed bereaved patients.

**Method:** The present study was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population included depressed patients with bereavement experience who referred to the Toos treatment and rehabilitation center in Mashhad in 2022. After screening and initial diagnosis, 45 people were selected by purposeful sampling and randomly divided into three groups of 15 people, including two an experimental and a control group were assigned. The purpose of data collection was emotional regulation questionnaire (ERQ). The first experimental group received schema therapy (8 sessions of 90 minutes) and the second experimental group received treatment based on acceptance and commitment (8 sessions of 90 minutes) once a week. The data were analyzed using variance analysis of repeated measurements and Ben Feroni post hoc test.

**Results:** The results showed that in both experimental groups, the averages of cognitive reappraisal ( $P < 0.001$ ,  $F = 206.26$ ,  $\eta^2 = 0.98$ ) and suppression ( $P < 0.001$ ,  $F = 116.28$ ,  $\eta^2 = 0.97$ ) increased from pre-test to post-test and to follow-up and this effect was greater in the acceptance and commitment treatment group.

**Conclusion:** In general, the results show that both of these treatment methods can improve the emotional regulation of patients and play an important role in the treatment of bereavement.

**Keywords:** Schema therapy, Acceptance and commitment therapy, Emotion regulation strategies, Depression, Bereavement disorder.

## مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان بیماران افسرده مبتلا به سوگ

مارال مروجی<sup>۱</sup>، زهرا باقرزاده کلمکانی<sup>۲</sup>، مهدی اکبرزاده<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۸

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان بیماران افسرده مبتلا به سوگ بود.

**روش:** پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران افسرده دارای تجربه سوگ مراجعه‌کننده به مرکز درمانی و توان‌بخشی توس شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بودند. پس از غربالگری و تشخیص اولیه، تعداد ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه تنظیم هیجانی (ERQ) بود. گروه آزمایشی اول، طرحواره درمانی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و گروه آزمایشی دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) را به صورت یک جلسه در هفته دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد در هر دو گروه آزمایش میانگین‌های ارزیابی مجدد شناختی ( $P < 0.001$ ,  $F = 206.26$ ,  $\eta^2 = 0.98$ ) مجذور اتا = ۰/۹۸) و در فرونشانی ( $P < 0.001$ ,  $F = 116.28$ ,  $\eta^2 = 0.97$ ) مجذور اتا = ۰/۹۷) از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و به پیگیری افزایش یافته است و این تأثیر در گروه درمان پذیرش و تعهد بیشتر بوده است.

**نتیجه‌گیری:** به‌طورکلی نتایج حاکی از آن بود که هر دو این رویکردهای درمانی می‌تواند بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان بیماران مؤثر باشد و نقش مؤثری در درمان افسردگی بعد از سوگ داشته باشد.

**واژه‌های کلیدی:** طرحواره درمانی، درمان پذیرش و تعهد، راهبردهای تنظیم هیجان، افسردگی، اختلال سوگ.

## مقدمه

در طول مدت زندگی وجود برخی از عوامل فردی، روانشناختی و اجتماعی، موجبات ایجاد و یا تشدید خلق منفی را فراهم می‌نماید و باعث می‌گردد تا فرد، احساس غم و ناتوانی زیادی را تجربه نماید که در این میان می‌توان به تجربه سوگ اشاره نمود (۱). در نسخه بازنگری شده ویرایش پنجم انجمن روان‌پزشکی آمریکا، تجربه سوگ نوعی فشار روانی مرتبط با تروما در نظر گرفته می‌شود که در دسته اختلالات مرتبط با افسردگی قرار داشته و با علائمی همچون بی‌قراری، احساس ملال، خشم و نفرت ناشی از فقدان، بی‌خوابی، بی‌میلی به زندگی، نشخوار ذهنی و اشتغال ذهنی شدید نسبت به فرد متوفی، درد روانی شدید و نپذیرفتن مرگ فرد، تمایل به مرگ برای پیوستن به فرد متوفی و گاهاً مقصر دانستن خود در مرگ شناخته می‌شود (۲). از جمله عاملی که سوگ را با افسردگی مرتبط می‌نماید این است که فرد سوگوار خود را در مورد نحوه رفتار با متوفی مقصر می‌داند و این موضوع منجر به ایجاد احساس غم و ناتوانی در او می‌شود چراکه فرد افسرده به‌طور کلی در هر اتفاقی خود را مقصر می‌داند به همین دلیل افرادی که دارای خلیات منفی باشند در هنگام تجربه سوگ احساس غم و ناتوانی بیشتری را تجربه نموده و بیشتر تحت تأثیر این اتفاق قرار می‌گیرند (۳). در نسخه تجدیدنظر شده از نگارش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی آمریکا، در اختلالات مرتبط با تروما به اختلال سوگ طولانی‌مدت اشاره شده است که یک واکنش ناسازگار و طولانی‌مدت بوده که پس از گذشت حداقل ۱۲ ماه از زمان مرگ فردی که سوگوار با او رابطه نزدیک داشته است، قابل تشخیص است که شیوع جمعی این اختلال ۹.۸ درصد گزارش شده است که جمعیت‌هایی که سطوح بالای تروما رو تجربه می‌کنند شیوع بالاتری را ممکن است نشان دهند و در کشورهای غربی پردرآمد بیش از کشورهای شرقی پردرآمد است (۴).

وجود افسردگی ناشی از سوگ می‌تواند بر احساسات، رفتار و عملکرد فرد تأثیر گذارد که این موضوع ریشه در ناتوانی فرد در استفاده از راهبردهای مناسب در تنظیم هیجانات دارد؛ زیرا افرادی که نمی‌توانند از راهبردهای مؤثر و کارآمد در جهت تنظیم هیجان استفاده نمایند؛ تنش روانی بیشتری را

تجربه خواهند کرد (۵). راهبردهای تنظیم هیجان که می‌تواند شامل دو راهبرد ارزیابی مجدد و فرونشانی باشد؛ این امکان را فراهم می‌نماید تا افراد بهتر بتوانند هیجانات خود را مدیریت نمایند؛ به طوری که در راهبرد ارزیابی مجدد، فرد پیش از ایجاد هیجان، از راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان استفاده نموده و با تعبیر و تفسیر مناسب موقعیت، از بروز هیجانات شدید پیشگیری می‌کند و در راهبرد فرونشانی، فرد پس از پیدایی هیجان، از راهبردهای غیر انطباقی استفاده کرده و هیجانات منفی را تعدیل می‌کند (۶). در واقع افرادی که از راهبرد ارزیابی مجدد استفاده می‌نمایند، با بررسی مجدد موقعیت، بروز هیجانات منفی را مدیریت می‌نمایند و افرادی که از راهبرد فرونشانی استفاده می‌کنند، پس از وقوع هیجان، سعی می‌کنند تا تنش روانی ایجاد شده را کاهش دهند (۷). این توانمندی به استفاده مناسب از راهبرد مقابله‌ای هیجانی اشاره دارد که مخزن پاسخ در مواقع مواجهه با عوامل استرس‌زا بوده و تمام فرآیندهای درونی و بیرونی را که مسئول کنترل، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی است، در برمی‌گیرد و از طریق آن افراد می‌توانند بر هیجان‌های خود مدیریت داشته باشند (۸). شواهد نشان می‌دهد افرادی که سوگ را تجربه می‌نمایند مادامی که قادر نباشند از راهبردهای مؤثری در خصوص تنظیم هیجان استفاده نمایند، نمی‌توانند بر هیجانات منفی خود فائق آیند و بیشتر در معرض آسیب‌روانی قرار می‌گیرند و ممکن است دست به رفتارهای خودآسیب‌رسان بزنند (۹). ناتوانی در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان، می‌تواند به ماندگاری خلق منفی در مواجهه با سوگ منجر شود و با افزایش حس افسردگی احتمال بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان را نیز افزایش دهد (۱۰).

به دلیل شیوع بالای افسردگی‌های ناشی از سوگ و مشکلات مرتبط با آن، که گاهاً ممکن است منجر به رفتارهای آسیب‌رسان گردد و سلامت فرد و جامعه را با تهدید روبرو نماید، در سرتاسر جهان روش‌ها و رویکردهای درمانی دارویی و غیردارویی به کار برده می‌شود که هدف اکثر آن‌ها افزایش توانمندی‌های روانشناختی و کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان است که در این رابطه می‌توان به انواع دارودرمانی و روان‌درمانی‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت اشاره داشت (۱۱). طرحواره درمانی از جمله درمان‌های جدیدی است

ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌سازی که به فرد تحمیل می‌شود (۲۰). فرآیندهای بنیادی درمان تعهد و پذیرش، بر پذیرش، ذهن-آگاهی، زندگی در لحظه، گسلش شناختی، ارزش‌ها، عمل متعهدانه است (۲۱). این رویکرد درمانی با استفاده از یک راهبرد تولید دانش که بر تحلیل رفتار بنا نهاده شده و آن را گسترش داده، توسعه یافته است که این تحلیل رفتار وابسته به عملکرد بوده و با آنچه افراد انجام می‌دهند سروکار دارد (۲۲). فلسفه زیر بنایی این رویکرد بافت‌گرایی کارکردی است و شامل انجام اقدامات و اعمال مؤثری می‌گردد که فرد به‌واسطه عمیق‌ترین ارزش‌های انسانی در شرایطی که به‌طور کامل آماده و متعهد به ادامه مسیر ارزشی خود است هدایت می‌شود (۲۳).

شواهد نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توسل بر تکنیک‌های آگاهی بخشی و افزایش توانمندی‌های شناختی می‌تواند زمینه افزایش توانمندی‌های بیماران را فراهم نماید به‌طوری‌که پژوهش‌های شماره و رباطی (۲۴)، صاحبی و همکاران (۲۵) و خورانی و همکاران (۲۶) نشان می‌دهد گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم هیجان و کاهش افکار خودکشی، افسردگی و ناامیدی بیماران می‌شود. همچنین بارنز و همکاران (۲۷) و دوکاس و همکاران (۲۸) نیز در پژوهشی نشان دادند که استفاده از درمان پذیرش و تعهد می‌تواند بر بهبود علائم افسردگی مؤثر باشد و از بحران خودکشی پیشگیری کند.

پژوهش‌های مختلفی که به مقایسه تأثیر رویکردهای گوناگون بر تنظیم هیجان پرداخته‌اند نشان می‌دهد که هر یک از این رویکردها ابعاد متفاوتی را هدف قرار داده است؛ به‌طوری‌که مقایسه درمان پذیرش و تعهد با درمان شناختی رفتاری نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل اثرگذاری بر توانمندی‌های فردی در مدیریت افکار و هیجان‌های مسئله‌ساز، بدون تلاش برای کاهش فراوانی آن‌ها، نسبت به درمان شناختی رفتاری برتری دارد (۲۹). و مقایسه طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان نیز نشان می‌دهد که چون طرحواره درمانی سعی

که به نظر می‌رسد می‌تواند بر کاهش مشکلات بیماران افسرده مؤثر باشد و توانمندی‌های روانشناختی آنان را افزایش دهد (۱۲). از آنجاکه طرحواره‌ها در تقابل با محرک‌های جدید بر اساس قالب گذشته خود، داده‌های حاصل‌شده را رمزگردانی می‌کنند، بر چشم‌انداز افراد نسبت به خود و دنیای اطرافش تأثیر می‌گذارند و به همین دلیل طرحواره‌هایی که به‌صورت ناسازگار شکل گرفته باشد می‌تواند به تشدید هیجان‌های منفی بیانجامد و عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۱۳). این رویکرد درمانی به درونی‌ترین سطح شناخت می‌پردازد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به‌عنوان عاملی مداخله‌کننده در شناخت افراد مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی سعی می‌کند تا فرد را در جهت غلبه بر طرحواره‌های ناسازگار توانمند سازد (۱۴). برعکس شناخت درمانی که بر زمان حال تأکید می‌نماید، طرحواره درمانی الگوهای خودوبرانگر گذشته را هدف قرار داده و خاطرات گذشته را بر شیوه تفکر، احساس، رفتار، روابط بین فردی و سایر جنبه‌های زندگی مؤثر می‌داند (۱۵). این رویکرد درمانی بر این باور است که اتفاقات گذشته باعث می‌گردد تا فرد به لحاظ رفتاری درگیر الگوهای رفتاری منفی گردد و موقعیت‌هایی را برگزیند که تداوم طرحواره ناسازگار را در پی داشته باشد پس اصلاح طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند به بهبود وضعیت روانشناختی و رفتاری آنان کمک کند (۱۶).

شواهد نشان می‌دهد استفاده از طرحواره درمانی می‌تواند منجر به افزایش توانمندی‌های روانشناختی افراد گردد به‌طوری‌که پژوهش مختلفی همچون پژوهش سالاری و همکاران (۱)، حسینی‌فرد (۱۲)، کرابی و قناطر (۱۷)، چودکیویکس و همکاران (۱۸) و کیف-بک و همکاران (۱۳) نشان داده است که توانمندی‌های بیماران افسرده در مدیریت هیجان‌های منفی و افزایش خلق، می‌تواند به‌واسطه دریافت تکنیک‌های طرحواره درمانی ارتقا یابد.

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز از جمله درمان‌هایی است که به نظر می‌رسد می‌تواند بر کاهش مشکلات افراد افسرده و افزایش توانمندی‌های اجتماعی و روانشناختی آنان مؤثر باشد (۱۹). این رویکرد از دسته درمان‌هایی است که به‌جای تغییر شناخت سعی در افزایش ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش دارد و هدف اصلی آن

شکایت دارند (۳۳)؛ تعیین مؤثرترین روش درمانی که بتواند به بهترین نحو بر این بیماران اثر گذارد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در واقع از آنجا که بیماران افسرده‌ای که تجربه سوگ و داغ‌دیدگی دارند، بیشتر مستعد بروز رفتارهای خود آسیب‌رسان بوده و احتمال خودکشی در آنان نسبت به دیگر افراد افسرده بالاتر است (۳۴)؛ تعیین درمان دارای اثربخشی بالاتر مهم است چرا که می‌تواند کمک شایانی به این افراد نماید.

با توجه به اینکه اصول و مبانی طرحواره درمانی بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمدی تأکید می‌نماید که بیماران افسرده مبتلا به سوگ در مدیریت آن ناتوان بوده و همین مسئله بر هیجانات آن‌ها تأثیر سو می‌گذارد (۱۸) و با توجه به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش هوشیارانه واقعیت‌ها تأکید داشته و پذیرش سوگ در این بیماران می‌تواند بر هیجانات آن‌ها اثر مطلوب گذارد (۲۷) در این پژوهش به مقایسه تأثیر طرحواره درمانی در درمان پذیرش و تعهد بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران افسرده مبتلا به سوگ، پرداخته شده است تا مشخص گردد که توانمندی در پذیرش و اصلاح شناختی، می‌تواند بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان این گروه از بیماران مؤثر باشد؛ یا بازسازی طرحواره‌های ناسازگار و اصلاح سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، اثر بیشتری بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجانات خواهد داشت. بر همین اساس در این پژوهش با این سؤال روبرو هستیم که آیا بین اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان بیماران افسرده مبتلا به سوگ تفاوت وجود دارد؟

### روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بوده است.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری شامل بیماران افسرده دارای تجربه سوگ مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و توان‌بخشی شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۱۲۰ نفر بودند که پس از غربالگری و تشخیص اولیه، تعداد ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه

دارد تا علل ایجاد طرحواره‌های ناسازگار را به‌منظور افزایش توانمندی‌های شناختی و هیجانی بیماران به کار گیرد و در این رابطه خلق‌وخو، تجارب اولیه و تجسمات ذهنی را مورد هدف قرار می‌دهد، نسبت به درمان شناختی رفتاری که تنها بر بعد شناختی تأکید می‌نماید برتری دارد (۳۰).

با استناد به پژوهش‌های فوق و با توجه به اینکه هر یک از رویکردهای درمانی به‌واسطه اصول و ساختاری که دارند می‌توانند نسبت به دیگری برتری‌هایی داشته باشد (۲۹)؛ در این پژوهش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خصوص اثرگذاری بر تنظیم هیجان بیماران افسرده مبتلا به سوگ با یکدیگر مقایسه می‌شود؛ چرا که مبانی نظری پژوهش نشان می‌دهد که هم طرحواره درمانی و هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، جزو روان‌درمانی‌های موج سوم بوده که پذیرش، اصلاح شناختی و قبول مسئولیت را هدف قرار می‌دهند (۳۱)؛ اما طرحواره درمانی باهدف شناخت الگوهای زیربنایی تفکر، توجه به زمان گذشته و حال و به کارگیری الگو شکنی رفتارهای ناکارآمد، با بهره‌گیری از تکنیک‌های تجربی طراحی شده است (۳۱)؛ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس فرآیندهای شکل‌گیری آسیب شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل طراحی شده و بر انعطاف‌پذیری روانی همراه با پذیرش تأکید دارد (۳۲)؛ به همین دلیل این دو رویکرد به دلیل تشابهاتی که با هم دارند و تفاوت‌هایی که در نحوه اجرا و اصول درمانی دارند با یکدیگر مقایسه می‌شود. در واقع از آنجا که پیشینه‌های پژوهش نشان می‌دهد که هر یک از این دور رویکرد می‌تواند بر بخشی از مشکلات هیجانی و شناختی مرتبط با افسردگی مؤثر باشد (۲۹، ۳۰)؛ و این دو درمان در روش اجرا و اصول درمانی با یکدیگر اشتراکات و تفاوت‌هایی دارند؛ به مقایسه این دو رویکرد در خصوص بهبود راهبردهای تنظیم هیجان بیماران افسرده مبتلا به سوگ پرداخته شده است.

همچنین با توجه به اینکه پژوهش‌های مرتبط با خودکشی در بیماران افسرده مبتلا به سوگ نشان می‌دهد که دو سوم بیماران افسرده با تجربه سوگ به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها به زندگی خود خاتمه می‌دهند و ۹۷ درصد آن از کاهش انرژی، ۸۰ درصد از اختلال خواب، ۹۰ درصد از اضطراب، ۵۰ درصد از تغییرات شبانه‌روزی در علائم، ۸۴ درصد از ناتوانی برای تمرکز و ۶۷ درصد از دشواری در تفکر

انتخاب شدند. همچنین ملاک‌هایی همچون دریافت دارو و شرکت هم‌زمان در مداخله دیگر به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. برای تعیین حجم نمونه با انتخاب (a= ۰/۰۵) و حجم اثر متوسط (d= ۰/۵) و توان آزمون (۸۰٪) و بر مبنای جدول تدوین شده به‌وسیله کوهن (۳۷) حجم مناسب برای جلسات گروهی ۱۵ نفر در هر گروه و در کل ۴۵ نفر در نظر گرفته شد. آزمودنی‌های انتخاب شده به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. هر سه گروه به عنوان پیش‌آزمون نسبت به تکمیل پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجانی (ERQ) اقدام نموده و در ادامه از گروه آزمایش اول خواسته شد تا به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت طرحواره درمانی بر اساس بسته طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۳۸) قرار گیرند. این جلسات توسط درمانگر متخصص و مسلط به رویکرد طرحواره درمانی با درجه علمی دکتری تخصصی روانشناسی با سابقه کار ۱۵ سال روان‌درمانگری، در اتاق جلسات مرکز درمانی و توان‌بخشی توس مشهد به اجرا در آمد. و گروه آزمایش دوم نیز به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت درمان پذیرش و تعهد بر اساس بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هایز و همکاران (۳۰) قرار گرفتند. این جلسات نیز توسط درمانگر متخصص و مسلط به رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با درجه علمی دکتری تخصصی روانشناسی با سابقه کار ۱۵ سال روان‌درمانگری، در اتاق جلسات مرکز درمانی و توان‌بخشی توس مشهد به اجرا در آمد. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. ضمناً جهت پیشگیری از خطای انتشار کاربندی (تعامل آزمودنی‌های دو گروه، جلسات طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار می‌گردید. در پایان جلسات، هر سه گروه مجدداً با پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند و پرسشنامه مذکور را تکمیل نمودند و پس از مدت سه ماه یک دوره پیگیری برای هر گروه در نظر گرفته شد. در نهایت یافته‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی بر اساس نرم‌افزار SPSS26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مجوز لازم برای انجام پژوهش حاضر، از سازمان بهزیستی و تأیید

گروه ۱۵ نفره شامل دو آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند.

## ابزار

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه ذیل است.

۱. پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجانی (ERQ):<sup>۱</sup> این مقیاس توسط گروس و جان در سال ۲۰۰۳ تهیه شده است و دارای ۱۰ گویه و دو خرده مقیاس شامل ارزیابی مجدد (۶ گویه) و سرکوبی (۴ گویه) است. پاسخ‌دهی به این مقیاس بر اساس طیف لیکرت (هفت‌درجه‌ای)، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) می‌باشد. هرچه فرد در این مقیاس نمره بالاتری کسب کند، به منزله برخورداری از تنظیم هیجان بالا است. مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی شامل ۶ گویه می‌باشد که با سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۸ و ۱۰ مشخص می‌گردد و مؤلفه فرونشانی نیز شامل ۴ گویه می‌باشد که با سؤالات ۲، ۴، ۹ و ۶ مشخص می‌شود پایین‌ترین نمره در این مقیاس ۱۰ و بالاترین نمره ۷۰ است. ضریب آلفای کرونباخ در این مقیاس توسط سازندگان آن برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (۳۵). در ایران نیز اعتبار مقیاس بر اساس روش همسان درونی با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۱ تا ۰/۸۱ و روایی آن از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس ۰/۱۳ R= و روایی مالکی مطلوب گزارش شده است (۳۶).

**روند اجرای پژوهش:** پس از هماهنگی با مسئولین مرکز درمانی و توان‌بخشی توس شهر مشهد. ۱۲۰ بیمار افسرده مبتلا به سوگ (بر اساس تشخیص قطعی افسردگی سوگ توسط روان‌پزشک) انتخاب شدند و ۴۵ نفر از این بیماران به روش نمونه‌گیری هدفمند، پس از غربالگری اولیه بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش همچون تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، داشتن تجربه سوگ در کمتر از یک سال گذشته، دریافت تشخیص قطعی اختلال سوگ بر اساس DSM-5-TR توسط روان‌پزشک، داشتن سواد خواندن و نوشتن، قرار داشتن در بازه سنی ۲۰-۴۵ سال و تشخیص اختلال افسردگی توسط روان‌پزشک

### 1. Emotion Regulation Questionnaire

به حقوق آزمودنی‌ها، پس از اتمام جلسات آموزشی و انجام پس‌آزمون، یک دوره ۵ روزه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه کنترل به اجرا در آمد. شرح مختصری از جلسات اجرایی برای هر یک از گروه‌های آزمایشی به قرار ذیل است.

اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور با کد اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1401.015 اخذ شد. این مقاله، مطابق اصول اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا، اصل محرمانه بودن و اصل رضایت آگاهانه (اطلاع رسانی در رابطه با فرآیند پژوهش) تحت عنوان ملاحظات اخلاقی رعایت شده است. همچنین در این پژوهش با احترام

### جدول ۱) شرح جلسات طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۳۸)

جلسات	محتوا
جلسه اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت‌بندی می‌شود.
جلسه دوم	در جلسه دوم شواهد عینی تأییدکننده یا رد‌کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو می‌شود.
جلسه سوم	در جلسه سوم تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده می‌شود.
جلسه چهارم	در جلسه چهارم مفهوم بزرگسال سالم در ذهن آزمودنی تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آن‌ها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه‌شده آموزش داده می‌شود.
جلسه پنجم	در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده می‌شود.
جلسه ششم	تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها آموزش داده می‌شود.
جلسه هفتم	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده می‌شود.
جلسه هشتم	به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده می‌شود و مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده می‌شود. مطالب جلسات قبل به‌صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین می‌شود.

### جدول ۲) جلسات درمان پذیرش و تعهد‌هایز و همکاران (۳۰)

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی و ارتباط اعضا باهم، توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعین و اجرای پیش‌آزمون. ارائه توضیحات درباره افسردگی و سوگ و تنظیم هیجان، همچنین تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم درمان پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، بحث در مورد تجارب و ارزیابی آن‌ها.
جلسه سوم	آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، تمرکز می‌مانند و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند. همچنین استفاده از تکنیک تایم‌اوت توسط اعضا هنگام افزایش مسئولیت‌پذیری و تعهد، بیان کنترل به‌عنوان مشکل سنجش.
جلسه چهارم	ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود و سپس در ادامه به افراد نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی‌شان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها، آموزش داده می‌شود. بررسی نقاط مثبت و منفی اعضا و تضعیف خود مفهومی و بیان خود واقعی بدون هیچ‌گونه قضاوت و واکنش هیجانی و تعهد رفتاری.
جلسه پنجم	آموزش تحمل بالاترکیلی و اصلاح نشخوار ذهنی و افزایش تحمل و مسئولیت‌پذیری (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین آگاهی). مرور جلسات قبل و بازخورد دادن اعضا به یکدیگر.
جلسه ششم	آموزش مدیریت هیجان (اهداف این آموزش، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، افزایش هیجان مثبت (تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد باعاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به‌وسیله گروه و درمانگر
جلسه هفتم	افزایش کارآمدی فردی و بین‌فردی، آموزش مهارت‌های بین‌فردی (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرئت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت‌نفس). سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان‌کرده خطرات تمرکز بر نتایج.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل مناسب با ارزش‌ها، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

## یافته‌ها

مقطع کارشناسی بودند و از اعضای نمونه گروه درمان پذیرش و تعهد ۳ نفر مقطع کاردانی و ۱۲ نفر مقطع کارشناسی بودند و از گروه کنترل ۴ نفر در مقطع کاردانی و ۱۱ نفر در مقطع کارشناسی بودند. شاخص‌های توصیفی راهبردهای تنظیم هیجانی در هر یک از دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

در این مطالعه هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و تحلیل‌ها برای سه گروه ۱۵ نفری انجام شد. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه طرحواره درمانی ۳۳/۷۳ و ۴/۳۲، در گروه درمان پذیرش و تعهد ۳۱/۴۰ و ۴/۳۲ و در گروه کنترل ۳۲/۸۰ و ۴/۶۳ بود. همچنین از اعضای گروه طرحواره درمانی ۴ نفر مقطع کاردانی و ۱۱ نفر

جدول ۳) شاخص‌های توصیفی تنظیم هیجانی برحسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	آزمون	طرحواره درمانی		درمان پذیرش و تعهد		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجانی	ارزیابی مجدد شناختی	۱۷/۷۳	۲/۴۹	۱۷/۴۰	۳/۴۸	۱۷/۰۰	۳/۰۷
	پس آزمون	۲۲/۲۷	۳/۰۱	۲۴/۹۳	۲/۰۶	۱۸/۰۰	۳/۳۶
	پیگیری	۲۱/۶۷	۲/۵۸	۲۵/۴۷	۲/۳۳	۱۷/۸۷	۳/۰۴
فرونشانی	پس آزمون	۱۷/۲۰	۱/۶۶	۱۷/۸۷	۲/۲۰	۱۷/۲۰	۳/۵۵
	پس آزمون	۲۵/۱۳	۲/۵۰	۲۶/۲۰	۲/۵۷	۱۷/۶۰	۳/۸۱
	پیگیری	۲۳/۵۳	۲/۱۳	۲۶/۷۳	۱/۶۲	۱۷/۵۳	۳/۱۸

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد در پس‌آزمون بعد ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی میانگین بیشتری نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل دارند و در گروه‌های آزمایشی میانگین‌ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافته است. اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری ایجاد نشده است. در ادامه جهت بررسی مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای راهبردهای تنظیم هیجان در جدول ۴ آورده شده است.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد در پس‌آزمون بعد ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی میانگین بیشتری نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل دارند و در گروه‌های آزمایشی میانگین‌ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافته است. اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری ایجاد نشده است. در ادامه جهت بررسی مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر عاملی، از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نشان

جدول ۴) بررسی تفاوت‌های بین گروهی در راهبردهای تنظیم هیجان

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا
فرونشانی	آزمون	۶۰/۲۸	۱/۳۸	۴۳/۷۰	۲۰۶۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	عضویت گروهی	۱۰۵/۸۶	۲	۵۲/۹۳	۹۲/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	آزمون × عضویت گروهی	۴۳/۲۷	۲/۷۶	۱۵/۶۹	۷۳۹/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷
اربابی مجدد شناختی	آزمون	۸۱/۴۸	۱/۰۶	۷۷/۱۳	۱۱۶۲/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	عضویت گروهی	۱۴۲/۲۳	۲	۷۱/۱۲	۵۲/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	آزمون × عضویت گروهی	۴۵/۷۵	۲/۱۱	۲۱/۶۵	۳۲۶/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میان گروه‌های طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در راهبردهای تنظیم هیجان برحسب مراحل آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میان گروه‌های طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در راهبردهای تنظیم هیجان برحسب مراحل آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت

## جدول ۵) آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه برحسب مراحل آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون - پس آزمون		پیش آزمون - پیگیری		پس آزمون - پیگیری	
		اختلاف	سطح معناداری	اختلاف	سطح معناداری	اختلاف	سطح معناداری
فرونشانی	درمان پذیرش و تعهد	۸/۳۳	۰/۰۰۱	۷/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۰۶۱
	طرحواره درمانی	۷/۹۳	۰/۰۰۱	۶/۳۳	۰/۰۰۱	۱/۶	۰/۰۷۸
	کنترل	۰/۴۰	۰/۳۱	۰/۳۳	۰/۴۹	۰/۰۷	۰/۰۹۳
ارزیابی مجدد شناختی	درمان پذیرش و تعهد	۷/۵۳	۰/۰۰۱	۸/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۱۱۱
	طرحواره درمانی	۴/۵۴	۰/۰۰۱	۳/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶	۰/۰۹۳
	کنترل	۰/۰۰	۰/۹۹	۰/۸۷	۰/۹۹	۰/۱۳	۰/۰۸۷

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری در فرونشانی و ارزیابی مجدد میانگین‌ها افزایش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۰۱$ )؛ اما از پس آزمون به پیگیری در هر دو گروه تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود ( $P > ۰/۰۵$ ). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های بین گروهی در پس آزمون و پیگیری جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در پس آزمون و پیگیری تفاوت گروه‌های طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد - کنترل در فرونشانی و ارزیابی مجدد میانگین‌ها افزایش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۰۱$ )؛ اما از پس آزمون به پیگیری در هر دو گروه تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود ( $P > ۰/۰۵$ ). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها برحسب عضویت گروهی

## جدول ۶) نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها برحسب عضویت گروهی

متغیرها	گروه‌ها	پس آزمون		پیگیری	
		اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
فرونشانی	درمان پذیرش و تعهد - طرحواره درمانی	۱/۰۷	۰/۰۰۱	۳/۲	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد - کنترل	۸/۶	۰/۰۰۱	۹/۲	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی - کنترل	۷/۵۳	۰/۰۰۱	۵	۰/۰۰۱
ارزیابی مجدد شناختی	درمان پذیرش و تعهد - طرحواره درمانی	۰/۳۷	۰/۰۰۱	۲/۸	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد - کنترل	۰/۷۷	۰/۰۰۱	۶/۶	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی - کنترل	۰/۴۰	۰/۰۰۱	۳/۷۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در پس آزمون و پیگیری تفاوت گروه‌های طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). میانگین این گروه‌ها در ابعاد فرونشانی و ارزیابی مجدد از گروه کنترل بیشتر است. تفاوت گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در پس آزمون و پیگیری معنادار است ( $P < ۰/۰۵$ ). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در راهبرد فرونشانی و ارزیابی مجدد آزمودنی‌های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین بیشتری نسبت به آزمودنی‌های گروه طرحواره درمانی دارند.

هدف این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان بیماران افسرده مبتلا به سوگ بود؛ که یافته‌ها نشان داد هر دو رویکرد طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود

## بحث

راهبردهای تنظیم هیجان بیماران افسرده مبتلا به سوگ اثربخش بوده و بین این دو روش تفاوت معناداری وجود دارد به طوری که افزایش ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی در گروه درمان پذیرش و تعهد بیشتر از گروه طرحواره درمانی بوده است. یافته پژوهش حاضر در زمینه تأثیر طرحواره درمانی بر توانمندی‌های هیجانی بیماران افسرده، همسو با یافته‌های پژوهش‌های (حسینی فرد، ۱۲)؛ کرایبی و قناطر (۱۷)؛ سالاری و همکاران (۱)؛ چودکیویکس و همکاران (۱۸) و دادومو و همکاران (۲۰۱۸) است. همچنین در زمینه تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر توانمندی‌های هیجانی نیز می‌توان به پژوهش‌ها (شاره و رباطی، ۲۴)؛ صاحبی و همکاران (۲۵)؛ خورانی و همکاران (۲۶)؛ بارنز و همکاران (۲۷) و دوکاس و همکاران (۲۸) اشاره نمود.

هدف این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان بیماران افسرده مبتلا به سوگ بود؛ که یافته‌ها نشان داد هر دو رویکرد طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود



هیجانان خود داشته باشد و بتواند راهبردهای تنظیم هیجان مناسبی را به کار گیرند (۱۳).

شواهد نشان می‌دهد هرچند فرونشانی شکلی از تعدیل پاسخ بوده که می‌تواند برای مدیریت هیجان‌های منفی مؤثر باشد، اما در بیماران افسرده ممکن است عواقب نامطلوبی داشته باشد به طوری که استفاده مداوم از فرونشانی ممکن است منجر به افزایش هیجانان منفی، کاهش هیجانان مثبت و افزایش مشکلات خلقی گردد. به همین دلیل طرحواره درمانی با استفاده از فنونی که منظور شناسایی و ارائه راهکار برای روبرو شدن با نیازهای هیجانی طراحی می‌نماید به بیرون ریختن عواطف بلوکه شده و تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با آن‌ها کمک نموده و بیماران را به استفاده بیشتر از ارزیابی مجدد به جای فرونشانی برای مدیریت هیجان‌های ترغیب می‌نماید که این مسئله منجر به کاهش تجربه هیجان‌های منفی، افزایش هیجان‌های مثبت و تنظیم بهتر هیجان می‌شود (۱۸).

در تبیین تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی بیماران افسرده مبتلا به سوگ می‌توان این‌گونه عنوان نمود که وجود خلق افسرده حاصل تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجان‌های منفی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی است و چون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر تغییر رابطه بیمار افسرده با تجارب درونی و اجتناب‌های او تأکید دارد، در این رویکرد سعی می‌گردد تا با استفاده از روش‌هایی همچون پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها، آگاهی هیجانی و تحمل پریشانی، به توانمندی بیماران در تنظیم هیجانان کمک نموده و بیماران بتوانند ضمن افزایش توانمندی‌های هیجانی، احساس افسردگی را در خود کاهش دهند (۲۴). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران آموخته می‌شود که هرگونه رفتاری برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخوشایند و ناخواسته، نه تنها بی‌اثر بوده بلکه ممکن است اثر معکوس نیز داشته باشد به همین دلیل بیماران برای تنظیم هیجان باید فراگیرند که از ارزیابی مجدد به جای فرونشانی استفاده نمایند و افکار آزاردهنده را صرفاً به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن‌ها، کاری را

در تبیین تأثیر طرحواره درمانی بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی بیماران افسرده مبتلا به سوگ می‌توان این‌گونه عنوان نمود که چون طرحواره درمانی به بیماران افسرده کمک می‌نماید تا ذهنیت‌های خود را از طریق تکنیک‌های شناختی و تجربی اصلاح نمایند؛ با کنار گذاشتن این ذهنیت‌های مقابله‌ای، راهبردهای سالم تنظیم هیجان را جایگزین اجتناب و فرونشانی کرده و می‌توانند شدت هیجان‌های منفی و بد تنظیمی هیجانی را کاهش دهند (۱). این گروه از افراد به این دلیل که در مسئله سوگ دچار نوعی احساس گناه و عدم پذیرش واقعیت می‌شوند، تنش روانی و اضطراب را تجربه می‌کنند که ماندگاری این هیجانان منفی موجب افزایش افسردگی آن‌ها می‌شود (۹)؛ به همین دلیل چون تکنیک‌های طرحواره درمانی به این بیماران کمک می‌کند تا پذیرش هیجانان را بجای نشخوار و اجتناب به کار برند، توانمندی آن‌ها در استفاده از راهبردهای مؤثر تنظیم هیجانان افزایش می‌یابد (۱۷). همچنین می‌توان این‌گونه ادعا نمود که در بیماران افسرده اجتناب هیجانی و شناختی در هر شکل، منجر به تشدید حساسیت بیمار به هیجانان ناخوشایند و در نهایت انفعال و افسردگی می‌شود به همین دلیل در طرحواره درمانی سعی می‌شود تا با قطع این چرخه، روی تجارب هیجانی پریشان کننده و اعتباربخشی به آن‌ها تمرکز گردد و بیماران با تمرین راهبردهای مشاهده و پذیرش تجارب ناخوشایند هیجانی و بدنی به این ظرفیت درونی دست یابند و بتوانند سطح تاب‌آوری خود را از طریق مرتبط کردن هیجانان به ارزش‌های متعالی و تمرین‌های تجربی حضور در لحظه تقویت کرده و در تنظیم بهتر هیجانان منفی خود موفق عمل کنند (۱۸).

در مجموع می‌توان این‌گونه مطرح نمود که چون در طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌هایی همچون تکنیک‌های شناختی مانند، آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، بیماران را قادر می‌سازد تا به سرکوب نکردن هیجان و استفاده از ارزیابی مجدد تأکید بیشتری نمایند؛ آنان را قادر می‌سازد تا یاد بگیرند که از هیجانان منفی خود اجتناب نکنند، که این امر به آن‌ها کمک می‌کند تا درک و فهم بیشتر و روشن‌تری از

به دلیل عدم پذیرش واقعیت مرگ عزیزان باعث می‌گردد تا آن‌ها احساس افسردگی و غم را به‌طور پیوسته تجربه کنند و نتوانند هیجانات منفی خود را نظم ببخشند؛ به همین دلیل چون درمان پذیرش و تعهد، از طریق افزایش پذیرش احساسات و هیجانات فردی، باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگاران و حالت‌های روانشناختی مثبت می‌شود؛ آنان را قادر می‌سازد تا توانایی خود را در جهت فعالیت‌های ارزیابی شناختی ارتقا بخشد؛ که این سبک مقابله در طرحواره درمانی مشاهده نمی‌شود.

هرچند این پژوهش به لحاظ زیربنای توصیفی و نظری، نوآورانه است، اما پژوهشگر در انجام این تحقیق با محدودیت‌هایی روبرو بوده است، اول آن که این پژوهش تنها بر روی بیماران افسرده مبتلا به سوگ مراجعه‌کننده به مرکز درمانی و توان‌بخشی توس مشهد انجام شده است؛ به همین دلیل نمی‌توان در خصوص تعمیم این نتایج به دیگر مناطق جغرافیایی و جوامع آماری دیگر اظهار نظر نمود. در نهایت بر اساس یافته‌های این پژوهش به‌عنوان پیشنهاد می‌توان این‌گونه عنوان داشت جهت مقایسه تأثیر دو رویکرد مذکور بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان بیماران افسرده مبتلا به سوگ، دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تری در نظر گرفته شود؛ و این برنامه در قالب طرح‌های تک آزمودنی نیز به کار گرفته شود. از جنبه کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود موضوع بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی در بیماران افسرده مبتلا به سوگ مورد توجه قرار گرفته و مداخلات لازم از سوی روانشناسان و درمانگران با استفاده از رویکردهای پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی صورت پذیرد. همچنین با توجه به تأثیر مثبت دو رویکرد مذکور بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی، استفاده از این دو روش درمانی توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود برنامه ریزی کلی در خصوص معرفی این دو روش درمانی به مشاوران و درمانگران انجام پذیرد و این روش‌ها معرفی گردد تا درمانگران بتوانند با بهره‌گیری از آن به تنظیم هیجان بیماران کمک نموده و بدین طریق نقش درمانی و پیشگیرانه را در جهت کاهش افسردگی و احتمال رفتارهای خودآسیب‌رسان ایفا نمایند.

تشکر و قدردانی: در پایان از تمامی کسانی که در انجام این مقاله نویسندگان را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم. همچنین از کلیه کارکنان و بیماران مرکز درمانی و

انجام دهند که در زندگی‌شان مهم و در راستای ارزش‌های آن‌ها است. که این نوع تغییر نگاه و برقراری ارتباط با تجارب درونی و اجتناب‌ها، موجب ارزیابی‌های مجدد هیجانات شده و به تنظیم بهتر آن‌ها منجر می‌شود (۲۷).

در مجموع می‌توان این‌گونه مطرح نمود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روانشناختی در بطن کارکرد هیجانی سالم قرار دارد بر همین اساس این رویکرد از طریق فرآیند فاصله‌گیری شناختی و همجوشی‌زدایی از افکار، پذیرش، برقراری تماس با لحظه حال، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها و عمل و اقدام متعهدانه، به بیماران کمک می‌کند تا به گشودگی برسند و بر اساس تجربه واقعی اقدام کنند، نه بر اساس آنچه ذهن یا بدن خواستار آن است به همین دلیل بیماران افسرده‌ای که تحت این روش درمانی قرار می‌گیرند، به این توانمندی نائل می‌آیند که بتوانند در روبرو شدن با هیجانات منفی خود از راهبردهای مناسب برای تنظیم هیجانات خود استفاده نموده و آرامش روانی بهتری را تجربه کنند (۲۶).

در خصوص مقایسه تأثیر طرحواره درمانی با درمان پذیرش و تعهد بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان بیماران افسرده مبتلا به سوگ نیز می‌توان این‌گونه مطرح نمود که چون در درمان پذیرش و تعهد، بیماران تشویق می‌شوند تا علاوه بر اصلاح شناختی، قادر گردند مقابله با محتوای روانی را کاهش دهند و با پذیرش بیشتر، بتوانند هیجانات خود را تعدیل کنند و به کاهش اجتناب تجربه‌ای بپردازند، استفاده از این رویکرد می‌تواند تأثیر بیشتری بر افزایش مهارت‌های خودتنظیمی هیجانی داشته باشد؛ چراکه در این درمان به‌جای آموزش راهبردهای متعدد برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به بیماران آموخته می‌شود تا با آگاهی و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند، مهارت کسب کنند و بتوانند از راهبرد مناسب‌تری استفاده نمایند (۲۴). اما طرحواره درمانی به‌صورت مستقیم به تغییر باورها و نگرش‌ها و طرحواره‌ها توجه می‌کند و سعی دارد اصلاح شناختی را با تأکید بر تغییر مستقیم افکار و طرحواره‌ها بکار گیرد (۱۷)؛ به همین دلیل چون برای بیماران با خلق منفی پذیرش افکار و احساسات راحت‌تر از تلاش برای تغییر آن‌هاست، این رویکرد تأثیر بیشتری به‌جا گذارده است. به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که افزایش توجه و آگاهی بیماران مبتلا به سوگ

12. Hosseini Fard, S, Mehdi. Effectiveness of schema therapy in the treatment of women suffering from depression: reducing the severity of depression, hopelessness, primary maladaptive schema and increasing self-esteem and self-efficacy. Doctoral thesis of the University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2021. (in persian).

13. Kopf-Beck, J, Müller, C. L, Tamm, J, Fietz, J, Rek, N, Just, L, Egli, S. Effectiveness of Schema Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy versus Supportive Therapy for Depression in Inpatient and Day Clinic Settings: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2024; 207(8): 1-12.

14. Rahbarkarbasdehi, F, Abolghasemi, A, Rehbarkarbasdehi, I. The effectiveness of schema therapy on psychological resilience and social competence of students with depressive symptoms. *Journal of Psychological Studies*. 2018; 15(4):73-90. (in persian).

15. Mahmoodzadeh, S, Pakizeh, A. A Comparative Study of Emotion Regulation Strategies and Early Maladaptive Schemas in Individuals with and without Panic Disorder Document Type: Original Article, *Journal of Clinical Psychology*, 2023; 15(1): 69-87. (in persian).

16. Moradian, P, Kakabraei, K, Amiri, H. Comparing the effectiveness of schema therapy and problem solving skills training on mental well-being (satisfaction with life and positive and negative emotions) of married men who abuse drugs. *Applied Family Therapy*. 2021; 3(7): 148-129. (in persian).

17. Karaei, A, Qanatir, S. The effectiveness of schema therapy on emotion regulation and family functioning in couples referring to counseling centers in Ahvaz. National Conference on Future Studies, Educational Sciences and Psychology, Shiraz, 2021, Shiraz University. (in persian).

18. Chodkiewicz, J, Wydrzyński, M, Talarowska, M. J. Young's Early Maladaptive Schemas and Symptoms of Male Depression. *Life*. 2022; 12(2): 167-186.

19. Ghasemi Tabegh, F, Bakshipour Rudsari, A, Farnam, A. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on experiential avoidance and depression of female students with love trauma syndrome. 2022; 14(2): 51-61. (in persian).

20. Potsch, L, Rief, W. Effectiveness of behavioral activation and mindfulness in increasing reward sensitivity and reducing depressive symptoms-A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 2024; 173(8): 104-115.

21. Bodden, D. H, Matthijssen, D. A Pilot Study Examining the Effect of Acceptance and Commitment Therapy as Parent Counseling. *Journal of Child and Family Studies*, 2021; 30(4): 978-988

22. Yıldız, E. The effects of acceptance and commitment therapy on lifestyle and behavioral

توان بخشی توس مشهد به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می گردد.

### منابع

1. Yavari F, Dortaj F, Ghaemi F, Delaver A. Comparison of the Effectiveness of Emotion Regulation Therapy and Schema Therapy on Coping Styles in Students with Disorder Grief Disorder Caused by COVID-19. *Islamic Life Style*, 2023; 6 (4):736-745. (in persian).

2. Moses, K, Nagarajan, O, Lenin, B. Determining the Association of Grief Intensity and Prolonged Grief Disorder among COVID-19 Bereaved-A Preliminary Study. *Journal of Family Life Education*. 2022; 1(1): 63-83.

3. Shear, M. K, Skritskaya, N, Bloom, C. Prolonged Grief Disorder Therapy (PGDT). In *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians Cham: Springer International Publishing*. 2022.

4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association Publishing. 2022.

5. Cesur-Soysal, G, Ayşegül. Prolonged grief, emotion regulation and loss-related factors: An investigation based on cognitive and behavioral conceptualization. *Death Studies*, 2022; 46(6): 1316-1328.

6. Messina, I, Vincenzo C, Alessandro G. Attachment orientations and emotion regulation: new insights from the study of interpersonal emotion regulation strategies. *Research in Psychotherapy: Psychopathology*, 2023; 26(3): 320-325.

7. Waizman, Y H. Emotion Regulation Strategies and Beliefs About Emotions Predict Psychosocial Outcomes in Response to Multiple Stressors. *Affective Science*, 2023; 4(2):275-290.

8. Wang, Z. J, Liu, C. Y, Wang, Y. M, Wang, Y. Childhood psychological maltreatment and adolescent depressive symptoms: Exploring the role of social anxiety and maladaptive emotion regulation strategies. *Journal of affective disorders*, 2024; 344(4): 365-372.

9. Mozamzadeh T, Gholamrezai S, Rezaei F. The Effect of Schema Therapy on Severity of Depression and Suicidal Thoughts in Patients with Resistant to Depression. *armaghanj* 2018; 23 (2):253-266. (in persian).

10. Briere, J, Kwon, O, Semple, J, Godbout, N. Recent suicidal ideation and behavior in the general population: the role of depression, posttraumatic stress, and reactive avoidance. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2019; 207(5): 320-325.

11. Demidjian, M, Don, H, Treatment of depression with behavioral activation. Translated by Nonahal,, Mousavi, S, A, M. Arajmand Publications. 2019.

- Life (QoL) in HIV/AIDS Patients. *J Arak Uni Med Sci*, 2021; 24 (4):566-581. (in persian).
32. Hayes, S. C, & Strosahl, K. D. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Press, 2018.
33. Sadok, B, Sadok, A. Summary of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Translated by Farzin Rezaei, H. arjmand publications, 2014.
34. Worden, JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer Publishing Company, 2018.
35. Gross, J. J, John, O. P. Individual difference in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2023; 85: 348-362
36. Qasimpur, A, Iel Begi, R, Hassanzadeh, sh. Psychometric characteristics of Gross and John emotional regulation questionnaire in an Iranian sample. The 6th Student Mental Health Conference, Gilan University, 2012. (in persian)
37. Cohen, Research Methods in Behavioral Sciences, Zohreh Sarmad, Abbas Bazargan, Elahe Hejazi, (2018), if published. (in persian)
38. Young, K, Klosko, J, Vishar, M. Schema therapy, a practical guide for clinical professionals. Translated by Hamidpour, H, Andoz, Z. Arajmand Publications, 2010.
- changes: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in psychiatric care*, 2020;56(3): 657-690.
23. Reyes, A. T. The process of learning mindfulness and acceptance through the use of a mobile app based on acceptance and commitment therapy: a grounded theory analysis. *Issues in Mental Health Nursing*. 2022; 43(1): 3-12.
24. Share, H, Robati, Z. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on cognitive flexibility, suicidal thoughts, depression and hopelessness in soldiers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2021; 27 (4): 412-427. (in persian).
25. Sahebi M, Hassanzadeh R, Mirzaian B. The Effectiveness of “Acceptance and Commitment Therapy” on Emotion Regulation Strategies, Dysfunctional Attitudes and Resilience in People with Major Depression. *JHPM*, 2020; 9 (6):60-73. (in persian).
26. Khorani J, Ahmadi V, Mami S, Valizadeh R. The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on the Meaning of Life, Life Satisfaction, Cognitive Flexibility, and Suicidal Ideation in Individuals with Depression. *MEJDS*, 2020; 10:112-112. (in persian).
27. Barnes, S. M, Borges, L. M, Smith, G. P, Walser, R. D, Forster, J. E, & Bahraini, N. H. Acceptance and Commitment Therapy to Promote Recovery from suicidal crises: A Randomized Controlled Acceptability and Feasibility Trial of ACT for life. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2021;20(3):35-45.
28. Ducasse, D, Jaussent, I, Arpon-Brand, V, Vienot, M, Laglaoui, C, Béziat, S, Calati, R, Carrière, I, Guillaume, S, Courtet, P, Olié, E. Acceptance and Commitment Therapy for the Management of Suicidal Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2018; 78 (4): 43-52
29. Taghavizadeh, M, Akbari, B, Hosein Khanzadeh, A, Moshkbid Haghghi, M. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral and Acceptance and Commitment Therapies on Emotional Regulation, and Excessive Responsibility of Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Journal of applied psychological research*, 2019; 10 (2): 119-136. (in persian).
30. Monjezi, F, Asadpour, E, Rasouli, M, Zahrakar, K. Comparison of the Effect Schema and Cognitive Behavioral Therapy on the Cognitive Regulation of Emotions in Girls Adolescent of Divorced. *Journal of Applied Psychology*, 2023; 2 (66): 91-113. (in persian).
31. Hemmati Sabet V, Hoseini S A, Afsharinia K, Arefi M. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Health-Promoting Lifestyle (HPL) and Quality of