رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۱۳، آبان ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(8), 2025

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی بر واکنش پذیری شناختی در افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Attachment-Based Compassion Therapy on Cognitive Reactivity in People with Multiple sclerosis

ساره رسائی
گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
ایرج صفائی راد (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.
احمدعلی جدیدیان
گروه روانشناسی، واحد کنگاور، دانشگاه آزاد اسلامی، کنگاور، ایران.
اعظم قویدل
گروه علوم تربیتی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

Sareh Rasaei
Department of Psychology, Bo.C., Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
Iraj Safaei Rad *
Department of Psychology, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran. i.safaeirad@iauh.ac.ir
Ahmad Ali Jadidian
Department of Psychology, Kan.C., Islamic Azad University, Kangavar, Iran.
Azam Ghavidel
Department of Educational Sciences, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شفقت-ورزی مبتنی بر دلبستگی بر واکنش پذیری شناختی در افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ام اس) انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیمارن مبتلا به ام اس شهر همدان در سال ۱۴۰۳ بود. ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۲۰ نفر)، آزمایش ۲ (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از شاخص حساسیت به افسردگی لیندن (LEIDS؛ ون در داز، ۲۰۰۲) استفاده شد. طرحواره درمانی و درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی طی ۸ جلسه برای گروه-های مداخله به‌صورت گروهی اجرا شد. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که در دو گروه مداخله نمرات واکنش پذیری شناختی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری داشته است (P<۰/۰۵). همچنین نتایج دلالت بر این داشت که بین دو درمان در طول زمان تفاوت معناداری وجود نداشت (P>۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی و درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی هر دو در کاهش واکنش پذیری شناختی در افراد مبتلا به ام اس موثر بوده‌اند.

واژه‌های کلیدی: *شفقت‌ورزی، دلبستگی، واکنش پذیری شناختی، طرحواره، مالتیپل اسکلروزیس.*

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and attachment-based compassion therapy on cognitive reactivity in people with multiple sclerosis (MS). The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population of this study included patients with MS in Hamedan in 2024. 60 people were selected by the purposive sampling method and randomly assigned to three groups: test 1 (20 people), test 2 (20 people), and control (20 people). The Leiden Index of Depression Sensitivity (LEIDS; Van der Does, 2002) was used to collect data. Schema therapy and attachment-based compassion therapy were implemented in groups for 8 sessions for the intervention groups. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance. The findings showed that in the two intervention groups, there was a significant difference in cognitive reactivity scores at post-test and follow-up compared to pre-test (P<0.05). The results also indicated that there was no significant difference between the two interventions over time (P<0.05). Overall, it can be concluded that schema therapy and attachment-based compassion therapy were both effective in reducing cognitive reactivity in people with MS.

Keywords: *Compassion, Attachment, Cognitive Reactivity, Schema, Multiple Sclerosis.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : مهر ۱۴۰۴** | **پذیرش: مهر ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: آبان ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس (ام اس)[1] به دلیل چندین مکانیسم بیولوژیکی، عصبی و روانی-اجتماعی درهم‌تنیده می‌تواند با افسردگی در ارتباط باشد. اماس یک بیماری خودایمنی و نورودژنراتیو است که باعث آسیب در سیستم اعصاب مرکزی (CNS)[2] می‌شود و عملکردهای هیجانی و شناختی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. افزایش حضور سیتوکین‌های پیش التهابی در اماس می‌تواند مستقیماً بر نواحی مغزی دخیل در افسردگی تأثیر بگذارد (وانگ[3] و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین فعالیت مکرر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA)[4] در بیماران اماس حجم هیپوکامپ را کاهش داده و تنظیم خلق را مختل می‌کند و در افسردگی نقش اساسی دارد (جلینگر[5]، ۲۰۲۴). علاوه بر این، کاهش عوامل نوروتروفیک مرتبط با اماس مانند عامل نوروتروفیک مشتق از مغز (BDNF)[6] بر بقا و انعطاف‌پذیری نورونی تأثیر می‌گذارد و علائم افسردگی را تشدید می‌کند؛ علاوه بر این، بیمار ام اس یک وضعیت ناتوان کننده است که می‌تواند منجر به کاهش عملکرد اجتماعی و در نتیجه باعث افزایش علائم افسردگی شود (ملنیکاو و لوپاتینا[7]، ۲۰۲۲). میزان شیوع افسردگی در بیماران ام اس ۲۵ درصد گزارش شده است که به طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی، پیشرفت بیماری و پایبندی به درمان آنها تأثیر می‌گذارد. این اختلال می‌تواند علائم جسمی را بدتر و خستگی را تشدید کند و انگیزه برای فعالیت‌های توانبخشی یا مراقبت از خود را کاهش دهد. نادیده گرفتن افسردگی ممکن است منجر به نتایج درمانی ضعیف‌تر و افزایش میزان عود و پیشرفت سریع‌تر ناتوانی شود (سعادت و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، علائم افسردگی می‌توانند در عملکرد شناختی اختلال ایجاد کنند و مدیریت ام اس را دشوارتر کنند. در مجموع می‌توان بیان کرد که شناسایی و درمان به موقع افسردگی می‌تواند سلامت روانی بیماران را افزایش داده و از عود بیماری پیشگیری کرد (خاتونی و همکاران، ۱۴۰۳).

افسردگی به طور پیچیده‌ای با واکنش‌پذیری شناختی[8] مرتبط است، که به تمایل افراد به تجربه الگوهای شناختی منفی در پاسخ به محرک‌هایی که می‌توانند یک دوره افسردگی را تحریک کنند، اشاره دارد. در پژوهشی نشان داد شد که واکنش‌پذیری شناختی پیش‌بینی‌کننده قابل توجهی برای عود در افرادی است که قبلاً افسردگی را تجربه کرده‌اند و نقش آن را در حفظ اختلالات افسردگی برجسته می‌کند (میلوسوا[9]، ۲۰۲۴). نشان داده شده است که یک سبک شناختی منفی، که در آن افراد موقعیت‌ها را بدبینانه تفسیر می‌کنند، با علائم افسردگی در جمعیت‌های مختلف همبستگی مثبت دارد (کاسرتانو[10] و همکاران، ۲۰۲۴). با توجه به اینکه آسیب‌پذیری شناختی، خطر عود و افسردگی مزمن را افزایش می‌دهد (ژانگ[11] و همکاران، ۲۰۲۰)؛ اجرای مداخلات روانشناختی به‌منظور کاهش واکنش پذیری شناختی با هدف پیشگیری از دوره‌های افسردگی در بیماران ام اس از اهمیت بالایی برخوردار است.

مداخلات روانشناختی همچون طرحواره درمانی نتایج رضایت‌بخشی در درمان افسردگی و نشانگان وابسته به آن داشته‌اند (کوپف-بک[12] و همکاران، ۲۰۲۴؛ آرندت[13] و همکاران، ۲۰۲۴؛ کول[14] و همکاران، ۲۰۲۴). طرحواره درمانی می‌تواند با هدف قرار دادن و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار که زیربنای الگوهای فکری منفی هستند، در کاهش واکنش‌پذیری شناختی مؤثر باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که طرحواره درمانی، که اغلب با تکنیک‌های ذهن آگاهی ترکیب می‌شود، انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد و به افراد اجازه می‌دهد تا از افکار منفی نشخواری و خودآیند ناشی از خلق پایین رها شوند. این رویکرد درمانی از استراتژی‌های شناختی، تجربی-رفتاری و بین فردی برای به چالش کشیدن طرحواره‌های ناکارآمد و ارتقای پردازش شناختی و عاطفی سالم‌تر استفاده می‌کند (آهنیان مقدم و همکاران، ۲۰۲۵). طرحواره درمانی یک رویکرد درمانی عمیق و نسبتا طولانی است که می‌تواند با شناسایی الگوهای شناختی ناکارآمد و ریشه‌یابی آن‌ها در نیازهای اساسی ارضاء نشده به بیماران کمک کند تا رفتارهای طرحواره خواست را رها کرده و در تعاملات بین فردی خود الگوی

1 Multiple sclerosis (MS)
2 central nervous system (CNS)
3 Wang
4 hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA)
5 Jellinger
6 brain-derived neurotrophic factor (BDNF)
7 Melnikov & Lopatina
8 cognitive reactivity
9 Miloseva
10 Casertano
11 Zhang
12 Kopf-Beck
13 Arendt
14 Kool

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

سالمی جایگزین کنند؛ بهبود الگوهای شناختی و رفتاری در نهایت می‌تواند نقش مهمی در بهبود علائم خلقی و کیفیت زندگی افراد داشته باشد (باروتی و همکاران، ۲۰۲۴)؛ اما به‌نظر می‌رسد طرحواره درمانی برای افرادی که به سبب مشکلات شخصیتی درگیر دوره‌های افسردگی هستند، کارآمدتر باشد؛ ولی برای افرادی که افسردگی ناشی از یک عارضه جسمانی است، نتواند کارآمدی لازم را داشته باشد (ژانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۳). اما در بررسی پیشینه منصور زاده و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی نشان دادند که طرحواره درمانی نقش موثری بر کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران ام اس داشته است؛ اما در مقابل بر خستگی و کیفیت خواب این بیماران موثر نبوده است.

همچنین بررسی پژوهش‌ها دلالت بر این دارند که درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی نقش مهمی در بهبود نشانگان افسردگی دارد (سانتوس[2] و همکاران، ۲۰۲۲؛ کولادو-ناوارو[3]، ۲۰۲۱؛ مونترو-مارین[4] و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی با تقویت شفقت به خود و سبک‌های دلبستگی سالم‌تر، نویدبخش کاهش واکنش‌پذیری شناختی است که می‌تواند به بهبود افسردگی منجر شود. تحقیقات نشان می‌دهد درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی با افزایش قدرت پذیرش احساسات و افکار دردناک بدون قضاوت، اجتناب تجربه‌ای را کاهش می‌دهد (رسائی و ابراهیمی، ۲۰۲۲). مطالعات، بهبودهای قابل توجهی را در سبک دلبستگی ایمن پس از درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی گزارش می‌دهند که واسطه افزایش شفقت به خود و کاهش پریشانی روانی است. این تغییرات به افراد کمک می‌کند تا به طور سازگارانه‌تری به خلق‌های منفی پاسخ دهند و در نتیجه واکنش‌پذیری شناختی و سهم آن در عود افسردگی را کاهش دهند (بلتران-روزی[5] و همکاران، ۲۰۲۳). اگرچه در بررسی پیشینه، پژوهشی یافت نشد که به طور خاص اثربخشی درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی را بر واکنش‌پذیری شناختی ارزیابی کند، اما شواهد موجود از کاربرد آن در اصلاح آسیب‌پذیری‌های اصلی افسردگی و کاهش الگوهای شناختی منفی پشتیبانی می‌کنند. ادغام درمان‌های شفقت و دلبستگی در درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی، تنظیم هیجان و پاسخ‌های شناختی به پریشانی را هدف قرار می‌دهد و به علل اساسی واکنش‌پذیری شناختی می‌پردازد. به طور کلی، درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی با افزایش شفقت به خود و اصلاح دلبستگی ایمن می‌تواند نقش مهمی در کاهش الگوهای شناختی منفی و افسرده‌ساز داشته باشد (جلایر و همکاران، ۲۰۲۲). بررسی پژوهش‌های پیشین دلالت بر این دارند که طرحواره درمانی و درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی هر یک نقش موثری بر کاهش افسردگی دارند؛ اما در هیچ یک از مطالعات قبلی کارایی این دو مداخله بر واکنش‌پذیری شناختی به‌عنوان یک عامل خطر در افسردگی مورد توجه پژوهشگران نبوده است؛ با توجه به اینکه واکنش‌پذیری شناختی نقش مهمی در تکرار دوره‌های افسردگی دارد؛ اجرای مداخلات روانشناختی بر این مکانیسم اثر می‌تواند نقش مهمی در شناسایی مداخلات کارآمد در این بیماران داشته باشد.

با بررسی پیشینه اینگونه استباط می‌شود که واکنش‌پذیری شناختی یک هدف درمانی کلیدی در افراد مبتلا به افسردگی است و با توجه به شیوع گسترده افسردگی در بیماران ام اس و تاثیری که بر عملکرد اجرایی، مشکلات توجه و کاهش کیفیت زندگی در این بیماران دارد؛ مقایسه طرحواره درمانی و درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی از این جهت حائز اهمیت است که هر یک از این مداخلات؛ پشتوانه نظری و مسیر متفاوتی در ارتقاء سلامت دارند؛ به‌طور نمونه طرحواره درمانی بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگارانه توجه دارد و درمقابل درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی مسیری کوتاه‌تر انتخاب می‌کند و بر بهبود دلبستگی ایمن و افزایش خودمهربانی، پذیرش و ذهن‌آگاهی تمرکز می‌کند؛ مقایسه این دو مداخله در کاهش واکنش‌پذیری شناختی بیماران ام اس می‌تواند نقش مهمی در تروین برنامه‌های درمانی برای این بیماران داشته باشد. چنین شواهدی می‌تواند به گسترش درمان‌های روانشناختی اختصاصی‌تر، کاهش خطر عود افسردگی و افزایش عملکرد شناختی در این بیماران کمک کند. همچنین در زمینه کاربردی نتایج این مطالعه می‌تواند به ایجاد مداخلات روانشناختی متناسب با نیازهای بیماران ام اس کمک کند تا در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی برای این افراد مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به ضرورت‌های بیان شده، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی بر واکنش پذیری شناختی در افراد مبتلا به ام اس انجام شد.

1 Zhang
2 Santos
3 Collado-Navarro
4 Montero-Marin
5 Beltrán-Ruiz

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به ام اس، در بازه زمانی دو ماهه (خرداد و تیر) ۱۴۰۳ شهر همدان بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۲۰ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند از مرکز انجمن ام اس شهر همدان انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۲۰ نفر)، آزمایش ۲ (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. معیارهای ورود به این پژوهش شامل آمادگی برای شرکت در پژوهش، ابتلا به بیماری ام اس با تشخیص پزشکی در پرونده، تایید پزشک نورولوژیست با بررسی ام آرآی بیمار، توانایی خواندن و نوشتن، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل بود. همچنین داشتن نشانگان افسردگی (غم و اندوه مداوم، احساس ناامیدی یا بی‌ارزشی، از دست دادن علاقه یا لذت در فعالیت‌ها و کاهش انگیزه) و عدم سابقه سایر اختلالات روانشناختی به‌عنوان معیارهای ورود در نظر گرفته شد؛ که پیش از اجرای پژوهش با استفاده از مصاحبه بالینی به مدت ۲۰ دقیقه هی یک از شرکت‌کنندگان توسط متخصص روانشناسی ارزیابی شدند. معیارهای خروج هم عبارتند از: غیبت بیش از دو جلسه در دوره درمان، دریافت درمان دارویی یا غیردارویی خارج از پژوهش (مصرف خودسرانه یا حتی با تجویز روانپزشک)، ابتلا به هرگونه بیماری نورولوژیک دیگر، ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و عدم تمایل بیمار برای ادامه همکاری در پژوهش بود. پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه، به مراکز مربوطه مراجعه شد و توضیحاتی در مورد هدف و روند اجرای پژوهش ارائه شد. به این صورت که از جامعه مذکور، افراد مبتلا به ام اس که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، فراخوانده شد؛ ۶۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند، و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ (۲۰ نفر)، گروه آزمایش ۲ (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. برای هر سه گروه پیش‌آزمون اجرا شد، سپس، طرح مداخلات درمانی برای گروه‌های آزمایش اجرا شد، اما برای گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله‌ای اعمال نشد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه‌های آزمایش، پس‌آزمون (پرسشنامه‌های پژوهش) برای هر سه گروه اجرا شد و دو ماه بعد مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. ملاحظات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسم آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد؛ همچنین این مطالعه دارای تایید اخلاقی با شناسه IR.IAU.B.REC.1403.11 بوده است. در نهایت، تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

شاخص حساسیت به افسردگی لیندن (LEIDS)[1]: این ابزار جهت سنجش واکنش‌پذیری شناختی با ۳۴ سوال توسط ون در داز[2] (۲۰۰۲) طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۶ زیرمقیاس ناامیدی/خودکشی (۵ سوال): نشان‌دهنده ناامیدی، از دست دادن علاقه به زندگی و آرزوی مرگ است؛ پذیرش/مقابله (۵ سوال): مقابله با خلق افسرده؛ پرخاشگری (۶ سوال): بروز پرخاشگری شناختی و رفتاری؛ کنترل/کمال‌گرایی (۶ سوال): نیاز به کنترل و کمالگرایی وقتی فرد احساس غم می‌کند؛ ریسک‌گریزی (۶ سوال): تمایل به اجتناب از مشکلات یا درگیری‌ها و نشخوار فکری (۶ سوال): تفکر تکراری و نگرانی در مورد خلق پایین؛ است. سوالات بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از اصلا (نمره صفر) الی خیلی زیاد (نمره ۴) پاسخ داده می‌شود، اما سوالات زیرمقیاس پذیرش/ مقابله به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده واکنش‌پذیری شناختی بیشتر است. دامنه نمرات در این پرسشنامه بین صفر الی ۱۳۶ است (ون در داز، ۲۰۰۲). آلفای کرونباخ برای نمره کل این ابزار ۰/۹۲ گزارش شده است. تحلیل عاملی تأییدی نشان‌دهنده برازش مدل قابل قبولی برای مدل شش عاملی است که هر ۳۴ سوال دارای بار عاملی بالای ۰/۴۰ بودند (هیمله[3] و همکاران، ۲۰۲۰). در نمونه ایرانی آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۹۴ محاسبه شده است؛ همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی از ۶

1 Leiden Index of Depression Sensitivity (LEIDS)
2 Van der Does
3 Himle

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

عاملی اصلی حمایت کرد و همه سوالات بار عاملی بین ۰/۴۵ الی ۰/۶۷ داشتند (استوار و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

مداخله طرحواره درمانی : این درمان بر اساس پروتکل یانگ[1] و همکاران (۲۰۰۶) ارائه شده است. این مداخله به صورت گروهی به‌صورت هفتگی در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. خلاصه جلسات طرحواره درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسه	شرح جلسه
اول	آشنایی و معارفه: پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی می‌شود. سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی
دوم	آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی (۱) : شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگومی‌شود.
سوم	آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی (۲): تکنیکهای شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله‌ای آموزش داده میشود.
چهارم	سنجش و آموزش طرحواره‌ها: مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شود، نیازهای هیجانی ارضا نشده آن‌ها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده اموزش داده شود.
پنجم	شروع فرآیند تغییر طرحواره‌ها: برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شود.
ششم	فرآیند تغییر طرحواره‌ها (۱): تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن‌ها آموزش داده شود.
هفتم	فرآیند تغییر طرحوارهها (۲): رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شود.
هشتم	جمع‌بندی و مرور: مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گیرد و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شود. اجرای پس آزمون‌ها و ختم جلسات.

درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی: این درمان بر اساس پروتکل کامپاس[2] و همکاران (۲۰۲۰) ارائه شده است. این مداخله به صورت گروهی به‌صورت هفتگی در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. خلاصه جلسات درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی

جلسه	شرح جلسه
اول	آماده سازی شفقت، جنبه‌های نظری آموزش مغز، شادی و خرسندی و رنج کشیدن، مفهوم کلی از شفقت، خود مشفق و حذف باورهای اشتباه، آموزش تمرینات ذهن‌آگاهی همچون تنفس و اسکن بدن مشفق، تمرین‌های رسمی همچون تنفس و اسکن بدن مشفقانه، مقابله مشفقانه با مشکلات، تمرین‌های غیررسمی همچون سه دقیقه تمرین مشفقانه، دفتر خاطرات خود مشفق، دوست داشتن و تشکر کردن.
دوم	عزت نفس (محترم شمردن خود) و شفقت، ذهن آگاهی و شفقت، تفاوت با عزت نفس، چگونگی مدیریت و مقابله با ترس از شفقت، تمرین برای شفقت با دیگران و تلاش برای ایجاد احساس امنیت به سمت خود.
سوم	گسترش دنیای شفقت خود، مکانیسم عمل شفقت، اهمیت جایگزینی خودانتقادی با خود مشفق، گسترش عنصر اصلی شفقت به عنوان شکلی از دلبستگی ایمن، جایگزین کردن صدای انتقادی با صدایی قابل تحمل و مهربان، اهمیت پذیرش در زندگی.
چهارم	روابط و شفقت، الگوهای والدینی در طول کودکی، فهم اینکه روابط با والدین، روش‌های متفاوتی از ارتباط با جهان و دیگران را بوجود می‌آورد، آگاه شدن از پیوند عاطفی پرورش یافته از سوی والدین در طول دوران کودکی، همچنین پیامدهای آن بر عملکردهای عاطفی و ظرفیت ما در بزرگسالی، ما را به دریافت محبت و لطف دیگران قادر می سازد.
پنجم	کار بر روی خودشان، بازسازی مدل دلبستگی ایمن، اصلاح ارتباط یا خودشان و با دیگران بوسیله مهربانی، تمرین کردن شیوه‌های آگاه شدن از توانایی‌های خود با محبت کردن به دیگران و خودشان، مصالحه با والدین.

1 Young
2 Campos

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

ششم	شفقت پیشرفته، بخشیدن موانع متداول بر شفقت، اهمیت بخشش به خود و دیگران، بخشش از طریق مراقبه: ۱) درخواست بخشش از دیگران، ۲) بخشیدن خود،۳) بخشیدن دیگران برای اشتباهات مورد قبول عامه، فعال سازی ارزش هایی برای کاهش درد و رنج.
هفتم	شفقت پیشرفته، غبطه خوردن و توسعه اهمیت مدل دلبستگی مبتنی بر خود، چگونگی مدیریت ارتباطات مختلف، تلاش برای فهم درد و رنج دیگران به منظور گسترش شفقت کارکردی در زندگی روزمره.
هشتم	فرستادن شفقت به سمت دیگران، خون‌سردی و متانت، یک جنبه مفید از تمرین و رفتار شفقت، چگونه تمرینات شفقت در سراسر زندگی حفظ شود، تمریناتی برای ایجاد خونسردی (ما همه مثل هم هستیم، در وهم و خیال طبقات، حق شناسی)، حفظ و نگهداری شفقت به خود و دیگران.

یافته ها

در این مطالعه در هر یک از گروه‌ها ۲۰ نفر مشارکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه طرحواره درمانی (۸/۳۰±۳۴/۳۵)، درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی (۸/۰۵±۳۶/۴۵) و گروه کنترل (۵/۹۶±۳۴/۶۰) بود. از نظر جنسیت در گروه طرحواره درمانی ۱۵ نفر (۷۵ درصد) زن و ۵ نفر (۲۵ درصد) مرد بودند؛ درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی ۱۳ نفر (۶۵ درصد) زن و ۷ نفر (۳۵ درصد) مرد بودند؛ همچنین در گروه کنترل ۱۲ نفر (۶۰ درصد) زن و ۸ نفر (۴۰ درصد) مرد بودند. از نظر تحصیلات در گروه طرحواره درمانی ۷ نفر سیکل، ۵ نفر دیپلم، ۴ نفر کارشناسی، ۳ نفر کارشناسی ارشد و ۱ نفر دارای تحصیلات دکتری بود؛ در گروه درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی ۴ نفر سیکل، ۳ نفر دیپلم، ۱۱ نفر کارشناسی، ۱ نفر کارشناسی ارشد و ۱ نفر دارای تحصیلات دکتری بود؛ همچنین در گروه کنترل ۵ نفر سیکل، ۳ نفر دیپلم، ۹ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد بود. از نظر وضعیت تاهل در گروه طرحواره درمانی ۱۴ نفر (۷۰ درصد) مجرد و ۶ نفر (۳۰ درصد) متاهل بودند؛ درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی ۱۲ نفر (۶۰ درصد) مجرد و ۸ نفر (۴۰ درصد) متاهل بودند؛ همچنین در گروه کنترل ۹ نفر (۴۵ درصد) مجرد و ۱۱ نفر (۵۵ درصد) متاهل بودند. در جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیر واکنش پذیری شناختی و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر واکنش پذیری شناختی به تفکیک گروه‌ها

مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
				آماره	معناداری
پیش آزمون	طرحواره درمانی	۹۰/۸۵	۱۰/۶۸	۰/۹۹	۰/۹۹
	شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی	۸۸/۴۵	۱۴/۶۲	۰/۹۶	۰/۴۶
	کنترل	۹۰/۰۵	۱۶/۲۳	۰/۹۶	۰/۵۳
پس آزمون	طرحواره درمانی	۵۶/۷۵	۱۰/۸۴	۰/۹۶	۰/۶۴
	شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی	۵۷/۹۵	۱۱/۴۸	۰/۹۴	۰/۳۰
	کنترل	۹۱/۵۰	۱۵/۱۳	۰/۹۳	۰/۲۳
پیگیری	طرحواره درمانی	۵۷/۰۵	۸/۴۲	۰/۹۸	۰/۹۹
	شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی	۵۹/۳۵	۱۰/۹۱	۰/۹۳	۰/۱۵
	کنترل	۹۱/۲۵	۱۳/۶۶	۰/۹۵	۰/۳۵

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر واکنش پذیری شناختی داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله کاهشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال است ($P>0/05$)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در متغیر واکنش پذیری شناختی ($P=0/37$، $F=0/99$) همگون بود؛ نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها ($P=0/01$، $F=2/88$) در حالت چندمتغیره برقرار نبود ($P>0/05$)؛ بر این اساس اثر پیلایی در آزمون چندمتغیره از سایر آماره‌ها معتبرتر است؛ نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر واکنش پذیری شناختی ($P=0/01$، $W=0/59$) معنادار است، بر این اساس گزارش شاخص

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح دارد و با توجه به اینکه اپسیلون هیونه فلدت[1] (۰/۷۵) است، از این تصحیح برای گزارش F استفاده می‌شود. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌ها و رعایت ملاحظات در گزارش آماره چندمتغیره و اصلاح اپسیلون از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه گروه‌ها استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر واکنش پذیری شناختی

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
	اثر پیلایی	۰/۸۶	۱۷۱/۹۶	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۸۶	۱
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۱۴	۱۷۱/۹۶	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۸۶	۱
	اثر هتلینگ	۶/۱۴	۱۷۱/۹۶	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۸۶	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۶/۱۴	۱۷۱/۹۶	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۸۶	۱

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۱۷۱/۹۶، ۰/۸۶=اثرپیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از گروه‌ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای واکنش پذیری شناختی در سه مرحله اندازه‌گیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
زمان	۱۷۳۲۶/۴۷	۱/۵۰	۱۱۵۸۵/۹۵	۲۸۶/۵۲	۰/۰۱	۰/۸۳	۱
زمان*گروه	۹۹۲۶/۶۲	۲/۹۹	۳۳۱۸/۸۹	۸۲/۰۸	۰/۰۱	۰/۷۴	۱
خطا	۳۴۴۶/۹۰	۸۵/۲۴	۴۰/۴۴				
بین گروهی	۲۰۳۱۴/۰۸	۲	۱۰۱۵۷/۰۴	۲۴/۰۷	۰/۰۱	۰/۴۶	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر واکنش پذیری شناختی (P=۰/۰۱، F=۲۴/۰۷، η=۰/۴۶) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی و بین‌گروهی متغیر واکنش پذیری شناختی

مراحل سنجش		طرحواره درمانی		شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی		کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳۴/۱۰	۰/۰۱	۳۰/۵۰	۰/۰۱	۱/۴۵	۰/۲۶
پیش‌آزمون	پیگیری	۳۳/۸۰	۰/۰۱	۲۹/۱۰	۰/۰۱	۱/۲۰	۰/۹۸
پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۰	۱/۰۰	۱/۱۹	۰/۷۵	۰/۲۵	۱/۰۰
مقایسه بین گروهی		طرحواره درمانی * کنترل		شفقت‌ورزی * کنترل		طرحواره درمانی * شفقت‌ورزی	

1 Huynh-Feldt

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
۲۲/۷۱	۰/۰۱	۲۲/۳۵	۰/۰۱	۰/۳۷	۱/۰۰

نتایج جدول فوق گویای این است که در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵)، اما در مقابل نشان داد که در گروه‌های درمانی نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد (P<۰/۰۵)؛ اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه‌های درمانی از پس‌آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می‌توان گفت که هر دو درمان به‌طور معنادار در طول زمان باعث کاهش واکنش پذیری شناختی شده‌اند. نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد؛ همچنین بین گروه‌های شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معنادار وجود داشت؛ اما بین دو گروه درمانی طرحواره درمانی و شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی تفاوت معناداری وجود نداشت (P=۱/۰۰) در واقع هر دو مداخله اثر یکسانی در کاهش واکنش پذیری شناختی در بیماران مالتیپل اسکلروزیس داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی بر واکنش پذیری شناختی در افراد مبتلا به ام اس انجام شد. یافته اول نشان داد که طرحواره درمانی نقش موثری بر کاهش واکنش‌پذیری شناختی در بیماران ام اس داشته است؛ این یافته با مطالعات کوپف-بک و همکاران (۲۰۲۴)، آرندت و همکاران (۲۰۲۴) و کول و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود؛ در تبیین این یافته می‌توان اینگونه استنباط نمود که طرحواره درمانی در کاهش واکنش‌پذیری شناختی مؤثر است زیرا طرحواره‌های ناسازگار ریشه‌داری را که باعث پاسخ‌های عاطفی و شناختی نامتناسب می‌شوند، هدف قرار می‌دهد. برخلاف مداخلات سطحی، طرحواره درمانی بر باورهای اصلی ایجاد شده در اوایل زندگی تأثیر می‌گذارد و به افراد کمک می‌کند تا این الگوها را تشخیص داده و تغییر شکل دهند (آهنیان مقدم و همکاران، ۲۰۲۵). با استفاده از تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی مجدد و کار با صندلی خالی، افراد از خاطرات ناراحت‌کننده فاصله عاطفی می‌گیرند و دیدگاه‌های سالم‌تری را یاد می‌گیرند. این امر تفکر منفی خودکار را کاهش می‌دهد و واکنش‌پذیری به عوامل استرس‌زا را کاهش می‌دهد. واکنش‌پذیری شناختی اغلب از پاسخ‌های عاطفی ریشه‌دار ناشی می‌شود، اما طرحواره درمانی بر پردازش عاطفی در کنار بازسازی شناختی تأکید دارد (کول و همکاران، ۲۰۲۴). رابطه درمانی همچنین تجربیات عاطفی اصلاحی را فراهم می‌کند که طرحواره‌های سازگار جدید را تقویت می‌کند. همانطور که افراد این طرحواره‌های جدید را تمرین می‌کنند، در برابر محرک‌هایی که زمانی باعث واکنش‌های بیش از حد می‌شدند، انعطاف‌پذیری را تقویت می‌کنند. با گذشت زمان، این امر شدت و فراوانی نشخوارهای منفی را کاهش می‌دهد (باروتی و همکاران، ۲۰۲۴).

یافته دوم نشان داد که درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی نقش موثری بر کاهش واکنش‌پذیری شناختی در بیماران ام اس داشته است؛ این یافته با مطالعات سانتوس و همکاران (۲۰۲۲)، کولادو-ناوارو (۲۰۲۱) و مونترو-مارین و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود؛ در تبیین این یافته می‌توان اینگونه استنباط نمود که درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی در کاهش واکنش‌پذیری شناختی مؤثر است زیرا الگوهای دلبستگی ایمن را تقویت می‌کند و گفتگوی درونی مشفقانه را پرورش می‌دهد. افراد دارای دلبستگی‌های ناایمن اغلب حساسیت بیشتری نسبت به استرس تجربه می‌کنند که منجر به افکار منفی خودکار و واکنش‌های بیش از حد می‌شود. این درمان با پرورش شفقت نسبت به خود و دیگران، خودانتقادی شدید را که باعث واکنش‌پذیری شناختی می‌شود، کاهش می‌دهد (رسائی و ابراهیمی، ۲۰۲۲). همچنین تجربیات رابطه‌ای اصلاحی را فراهم می‌کند و به مراجعان کمک می‌کند تا حس ایمنی و پذیرش را درونی کنند. این پایه عاطفی ایمن به آنها اجازه می‌دهد تا با آرامش و دیدگاه بهتری به مشکلات نزدیک شوند. تمرین‌های شفقت، سیستم‌های عاطفی تسکین‌دهنده را بیشتر فعال می‌کنند که پاسخ‌های ترس و تهدید را در مغز متعادل می‌کنند (جلایر و همکاران، ۲۰۲۲). در نتیجه، افراد هنگام مواجهه با عوامل استرس‌زا کمتر درگیر نشخوار فکری یا تفکر انعطاف ناپذیر می‌شوند. با گذشت زمان، آگاهی مشفقانه، ارتباط بین احساسات منفی و الگوهای فکری ناسازگار را تضعیف می‌کند. این درمان، تمرینات ذهن آگاهی و شفقت را ادغام می‌کند که تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

شناختی را افزایش می‌دهد. در نهایت، درمان شفقت محور دلبستگی، افراد را قادر می‌سازد تا سازگارانه‌تر پاسخ دهند و آسیب‌پذیری در برابر واکنش‌پذیری شناختی را کاهش می‌دهد (کولادو-ناوارو، ۲۰۲۱).

یافته سوم نشان داد که بین اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی بر واکنش پذیری شناختی در افراد مبتلا به ام اس تفاوت معناداری یافت نشد؛ در واقع هر دو مداخله اثر مشابه‌ای بر کاهش واکنش‌پذیری شناختی داشته‌اند. در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که این دو مداخله را مورد مقایسه قرار داده باشند؛ بر این اساس امکان مقایسه همسویی یا عدم همسویی یافته حاضر با مطالعات قبلی وجود ندارد. در تبیین می‌توان بیان نمود که مداخلات طرحواره درمانی و درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی نقش مشابهی در کاهش واکنش‌پذیری شناختی دارند، زیرا هر دو ریشه‌های عمیق هیجانی را که باعث ایجاد الگوهای فکری ناسازگار می‌شوند، هدف قرار می‌دهند. طرحواره درمانی با شناسایی و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه عمل می‌کند (آهنیان مقدم و همکاران، ۲۰۲۵)، در حالی که درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی، دلبستگی ایمن و شفقت به خود را تقویت می‌کند (مونترو-مارین و همکاران، ۲۰۱۹)، اما هر دو در نهایت نحوه تفسیر و پاسخ افراد به استرس را تغییر می‌دهند. هر رویکرد تجربیات هیجانی اصلاحی را ارائه می‌دهد که با باورهای درونی منفی مقابله می‌کند. آنها همچنین بر تنظیم هیجان از طریق تکنیک‌های تجربی تأکید می‌کنند و شدت واکنش‌های منفی خودکار را کاهش می‌دهند. با پرداختن به نیازهای برآورده نشده دوران کودکی - چه از طریق بهبود طرحواره یا ترمیم دلبستگی مشفقانه - هر دو درمان پایه‌ای برای پردازش شناختی سالم‌تر ایجاد می‌کنند. علاوه بر این، هر دو رویکرد، خودانتقادی و نشخوار فکری را که برای واکنش‌پذیری شناختی اساسی هستند، تضعیف می‌کنند (رسائی و ابراهیمی، ۲۰۲۲). تمرکز آنها بر گسترش خودآگاهی و تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا قبل از واکنش تکانشی، اندکی تامل کنند. آنها ذهن آگاهی و شیوه‌های تأملی را برای افزایش انعطاف‌پذیری در فکر و رفتار ادغام می‌کنند (باروتی و همکاران، ۲۰۲۴؛ جلایر و همکاران، ۲۰۲۲). در نهایت، هر دو درمان، یک طرز فکر متعادل‌تر، دلسوزانه‌تر و سازگارانه‌تر را گسترش می‌دهند و آسیب‌پذیری در برابر واکنش‌پذیری شناختی را کاهش می‌دهند.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی و درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی اثر یکسانی بر واکنش پذیری شناختی در افراد مبتلا به ام اس داشته‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دو گزینه‌های درمانی مناسبی هستند. این همسانی در اثربخشی نشان می‌دهد که متخصصان بالینی می‌توانند بر اساس ترجیح بیمار یا نیازهای بالینی خاص، هر یک از این رویکردها را انتخاب کنند. هر دو روش درمانی احتمالاً از طریق مکانیسم‌های متفاوت اما مکمل برای کاهش الگوهای شناختی منفی ناشی از تغییرات خلقی عمل می‌کنند. تأثیر قابل مقایسه آنها، اهمیت برنامه‌های درمانی اختصاصی را برای مدیریت افسردگی و مشکلات شناختی در اماس برجسته می‌کند. تحقیقات آینده می‌تواند ادغام هر دو روش را برای افزایش نتایج درمانی بهتر بررسی کند.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، نمونه‌گیری هدفمند بود که می‌تواند باعث سوگیری در انتخاب و محدود شدن قدرت تعمیم‌پذیری نمونه شود. سنجش خودگزارشی، مانند شاخص حساسیت به افسردگی لیندن، ممکن است تحت تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی یا گزارش‌دهی نادرست نیز قرار گیرد. علاوه بر این، دوره پیگیری دو ماهه نسبتاً کوتاه است و ارزیابی اثرات بلندمدت مداخلات را دشوار می‌کند. در نهایت، عوامل خارجی مانند مصرف دارو یا تفاوت‌های فردی در شدت بیماری کنترل نشدند که می‌توانست بر نتایج تأثیر بگذارد. تحقیقات آینده باید با نمونه‌ای متنوع‌تر انجام شوند تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جمعیت وسیع‌تر بیماران ام اس بهبود یابد. روش‌های نمونه‌گیری تصادفی باید برای کاهش سوگیری انتخاب و اطمینان از یک گروه شرکت‌کننده‌ی معرف‌تر استفاده شود. علاوه بر این، گنجاندن معیارهای کیفی، در کنار ابزارهای خودگزارشی، می‌تواند اثرات سوگیری گزارش‌دهی را به حداقل برساند. افزایش دوره پیگیری به محققان این امکان را می‌دهد تا اثربخشی و پایداری بلندمدت مداخلات را ارزیابی کنند. در نهایت، کنترل عوامل خارجی مانند مصرف دارو و شدت بیماری، درک واضح‌تری از تأثیر واقعی درمان‌ها ارائه می‌دهد. با توجه به اینکه هم طرحواره درمانی و هم درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی در کاهش واکنش‌پذیری شناختی در بیماران ام اس مؤثر بودند، ارائه دهندگان خدمات درمانی می‌توانند بر اساس نیازهای بیمار و منابع موجود، هر یک از این رویکردها را انتخاب کنند. ادغام این روش‌های درمانی در مراقبت‌های معمول ممکن است به بیماران در بهبود نشانگان افسردگی کمک کند. ارائه جلسات گروهی همچنین می‌تواند دسترسی و مقرون به صرفه بودن را در محیط‌های بالینی افزایش دهد؛ بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در مراکز درمانی از این دو مداخله به شیوه گروهی برای بهبود واکنش‌پذیری شناختی این بیماران استفاده شود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

منابع

خاتونی، م.، محمدیان، م.، مومنی، م.، مردان، الف.، و توکلی، ف. (۱۴۰۳). ارتباط افسردگی با میزان تبعیت از درمان دارویی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهر قزوین. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، *۱۰* (۴)، ۲۴-۳۵. http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-1057-fa.html

Ahanian Moghaddam, P., Atashpour, S. H., & Golparvar, M. (2025). Comparing the Effectiveness of Combined Schema Therapy and Mindfulness With Schema Therapy and CBT on Psychological Flexibility. *Practice in Clinical Psychology*, *13*(1), 33-46. http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-950-en.html

Arendt, I. M. T., Gondan, M., Juul, S., Hastrup, L. H., Hjorthøj, C., Bach, B., ... & Moeller, S. B. (2024). Schema therapy versus treatment as usual for outpatients with difficult-to-treat depression: study protocol for a parallel group randomized clinical trial (DEPRE-ST). *Trials*, *25*(1), 266. https://doi.org/10.1186/s13063-024-08079-9

Barooti, M., Chinaveh, M., & Saedi, S. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, *5*(3), 44-54. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.3.5

Beltrán-Ruiz, M., Fernández, S., García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., López-del-Hoyo, Y., Navarro-Gil, M., & Montero-Marin, J. (2023). Effectiveness of attachment-based compassion therapy to reduce psychological distress in university students: a randomised controlled trial protocol. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1185445. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1185445

Campos, D., Navarro-Gil, M., Herrera-Mercadal, P., Martínez-García, L., Cebolla, A., Borao, L., & Quero, S. (2020). Feasibility of the internet attachment–based compassion therapy in the general population: protocol for an open-label uncontrolled pilot trial. *JMIR Research Protocols*, *9*(8), e16717. https://www.researchprotocols.org/2020/8/e16717

Casertano, M., Dekker, M., Valentino, V., De Filippis, F., Fogliano, V., & Ercolini, D. (2024). Gaba-producing lactobacilli boost cognitive reactivity to negative mood without improving cognitive performance: A human Double-Blind Placebo-Controlled Cross-Over study. *Brain, behavior, and immunity*, *122*, 256-265. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.08.029

Collado-Navarro, C., Navarro-Gil, M., Pérez-Aranda, A., López-del-Hoyo, Y., Garcia-Campayo, J., & Montero-Marin, J. (2021). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and attachment-based compassion therapy for the treatment of depressive, anxious, and adjustment disorders in mental health settings: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, *38*(11), 1138-1151. https://doi.org/10.1002/da.23198

Himle, A. E., Havik, O. E., & Thimm, J. C. (2020). The Leiden Index of Depression Sensitivity-Revised (LEIDS-R) and its revision (LEIDS-RR): An investigation of the internal structure and conceptual validity in a Norwegian sample. *Nordic Psychology*, *72*(4), 331-345. https://doi.org/10.1080/19012276.2020.1727359

Jalayer, F., Hatami, M., Hashemi Razini, H., & Liyaghat, R. (2022). Comparing the effectiveness of compassion focused therapy and cognitive behavioral therapy on emotional schemas and resilience in patients with diabetes. *Razavi International Journal of Medicine*, *10*(3), e1212. https://journal.razavihospital.ir/article_118477.html

Jellinger, K. A. (2024). Depression and anxiety in multiple sclerosis. Review of a fatal combination. *Journal of neural transmission*, *131*(8), 847-869. https://doi.org/10.1007/s00702-024-02792-0

Kool, M., Van, H., Arntz, A., Bartak, A., Peen, J., Dil, L., ... & Dekker, J. (2024). Dosage effects of psychodynamic and schema therapy in people with comorbid depression and personality disorder: four-arm pragmatic randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *225*(1), 274-281. https://doi.org/10.1192/bjp.2024.56

Kopf-Beck, J., Müller, C. L., Tamm, J., Fietz, J., Rek, N., Just, L., ... & Egli, S. (2024). 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*, *93*(1), 24-35. https://doi.org/10.1159/000535492

Mansourzadeh, A., Shaygannejad, V., Mirmosayyeb, O., Afshari-Safavi, A., & Gay, M. C. (2024). Effectiveness of Schema Therapy on Anxiety, Depression, Fatigue, Quality of Life, and Sleep in Patients with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, *11*(1), 1-10. https://doi.org/10.5812/mejrh-132571

Melnikov, M., & Lopatina, A. (2022). Th17-cells in depression: Implication in multiple sclerosis. *Frontiers in Immunology*, *13*, 1010304. https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.1010304

Miloseva, D. (2024). Cognitive Reactivity to Sad Mood as a Risk Factor for Depressive Recurrence. *Southeastern European Medical Journal: SEEMEDJ*, *8*(2), 18-25. https://doi.org/10.26332/seemedj.v8i2.339

Montero-Marin, J., Collado-Navarro, C., Navarro-Gil, M., Lopez-Montoyo, A., Demarzo, M., Herrera-Mercadal, P., ... & Garcia-Campayo, J. (2019). Attachment-based compassion therapy and adapted mindfulness-based stress reduction for the treatment of depressive, anxious and adjustment disorders in mental health settings: a randomised controlled clinical trial protocol. *BMJ open*, *9*(10), e029909. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029909

Ostovar, S., Md Nor, M. B., Griffiths, M. D., & Chermahini, S. A. (2017). Cognitive reactivity: Cultural adaptation and psychometric testing of the Persian version of the Leiden Index of Depression Sensitivity Revised (LEIDS-R) in an Iranian sample. *International journal of mental health and addiction*, *15*(3), 621-638. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28596716/

Rasaei, S., & Ebrahimi, M. E. (2022). Effectiveness of Internet Attachment-Based Compassion Therapy on Rumination and Fear of Coronavirus Disease in Elderly Women during Coronavirus Epidemics. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, *9*(1), 37-44. http://ajnpp.umsha.ac.ir/article-1-368-en.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

Saadat, S., Vaghari, M., Hoodinshad, S., Isanazar, A., & Hosseininezhad, M. (2021). Depression and anxiety in patients with multiple sclerosis: A systematic review. *Iranian Journal of Neurosurgery*, *7*(4), 171-178. http://irjns.org/article-1-283-en.html

Santos, A., Crespo, I., Pérez-Aranda, A., Beltrán-Ruiz, M., Puebla-Guedea, M., & Garcia-Campayo, J. (2022). Attachment-based compassion therapy for reducing anxiety and depression in fibromyalgia. *International journal of environmental research and public health*, *19*(13), 8152. https://doi.org/10.3390/ijerph19138152

Van der Does, W. (2002). Cognitive reactivity to sad mood: structure and validity of a new measure. *Behaviour research and therapy*, *40*(1), 105-119. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00111-X

Wang, C., Zhou, Y., & Feinstein, A. (2023). Neuro-immune crosstalk in depressive symptoms of multiple sclerosis. *Neurobiology of Disease*, *177*, 106005. https://doi.org/10.1016/j.nbd.2023.106005

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. guilford press.

Zhang, K., Hu, X., Ma, L., Xie, Q., Wang, Z., Fan, C., & Li, X. (2023). The efficacy of schema therapy for personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, *77*(7), 641-650. https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228304

Zhang, Y., Cole, D. A., Mick, C. R., Lovette, A. J., & Gabruk, M. E. (2020). Cognitive reactivity to low positive and high negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, *132*, 103683. https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103683

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]