



Journal Website

Article history:

Received 28 January 2026

Revised 14 June 2026

Accepted 22 June 2026

Initial Publication 28 July 2026

Final Publication 21 March 2027

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 6, Issue 1, pp 1-21



E-ISSN: 2981-1759

Comparing the Effectiveness of Gestalt Therapy and Logotherapy on Emotional Schemas and Experiential Avoidance in Patients with Leukemia at Mehraneh Clinic, Zanjan

Roya. Mollaei¹, Afsaneh. Sobhi^{2*}, Qamar. Kiyani², Mohammad. Saeid Ahmadi³

¹ PhD Student, Department of Psychology, Za.C., Islamic Azad University, Zanjan, Iran

² Department of Psychology, Za.C., Islamic Azad University, Zanjan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Counselling and Psychology, Farhangian University, Tehran, Iran

* Corresponding author email address: Afsaneh.sobhi@iau.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Mollaei, R., Sobhi, A., Kiyani, Q., & Saeid Ahmadi, M. (2027). Comparing the Effectiveness of Gestalt Therapy and Logotherapy on Emotional Schemas and Experiential Avoidance in Patients with Leukemia at Mehraneh Clinic, Zanjan. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 6(1), 1-21.



© 2027 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of Gestalt therapy and logotherapy on emotional schemas and experiential avoidance in patients with leukemia at Mehraneh Clinic, Zanjan.

Methodology: This applied quantitative study used a quasi-experimental pretest-posttest-follow-up design with two experimental groups and one control group. The statistical population included patients with leukemia referring to Mehraneh Clinic in Zanjan in 2024. Sixty eligible patients were selected through convenience sampling based on the inclusion criteria and were randomly assigned to Gestalt therapy, logotherapy, and control groups. The two therapeutic interventions were delivered in eight 90-minute group sessions, while the control group received no psychological intervention during the study period. Data were collected using Leahy's Emotional Schema Scale and the Experiential Avoidance Questionnaire developed by Gamez et al. Data analysis was conducted using repeated-measures multivariate analysis of variance and Bonferroni post-hoc tests in SPSS-23.

Findings: Repeated-measures analysis showed that the time $\times$ group interaction effect was significant for all 14 components of emotional schemas ($p < 0.001$), with large effect sizes. The time $\times$ group interaction effect was also significant for experiential avoidance ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.57$). Bonferroni post-hoc results indicated that, in both Gestalt therapy and logotherapy groups, the differences between pretest and posttest and between pretest and follow-up were significant for emotional schemas and experiential avoidance ($p < 0.001$), whereas the difference between posttest and follow-up was not significant ($p > 0.05$). Between-group comparisons showed that both experimental groups differed significantly from the control group at posttest and follow-up ($p < 0.001$), while no significant difference was found between Gestalt therapy and logotherapy ($p > 0.05$).

Conclusion: Gestalt therapy and logotherapy were both effective in improving emotional schemas and reducing experiential avoidance among patients with leukemia, and their therapeutic effects remained stable at follow-up. However, neither intervention demonstrated significant superiority over the other.

Keywords: Gestalt therapy, logotherapy, emotional schemas, experiential avoidance, leukemia

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Leukemia is a life-threatening hematological malignancy that affects patients not only through its physical burden, but also through profound psychological, emotional, existential, and interpersonal consequences. Patients with leukemia frequently experience uncertainty regarding disease progression, prolonged treatment processes, fear of relapse, bodily vulnerability, dependency on medical care, and concerns about death and the future. These experiences may activate maladaptive cognitive-emotional patterns and reduce patients' capacity to regulate emotional distress effectively. In psycho-oncology, increasing attention has therefore been directed toward psychological interventions that target patients' emotional processing, meaning-making, self-efficacy, psychological flexibility, and adjustment to illness. Previous studies have shown that interventions focused on emotional schemas, schema therapy, mindfulness-based approaches, and transdiagnostic treatment models can improve psychological functioning among cancer patients by reducing emotional distress, death anxiety, experiential avoidance, and emotion dysregulation while strengthening hope, resilience, and self-efficacy (Ghayour et al., 2022; Hosseini et al., 2019; Mirbagheri et al., 2022; Rad et al., 2024; Talebi et al., 2025).

Emotional schemas are among the central psychological constructs involved in how individuals interpret, evaluate, and respond to their emotional experiences. Maladaptive emotional schemas may lead individuals to perceive emotions as shameful, uncontrollable, incomprehensible, or dangerous. In patients with cancer, such schemas may intensify emotional suffering and interfere with adaptive coping. Studies on emotional schema therapy have demonstrated its effectiveness in improving illness perception, hope, death attitudes, distress tolerance, pain, depression, resilience, and self-efficacy among cancer patients (Hosseini et al., 2019; Rad et al., 2024; Talebi et al., 2025; Talebi et al., 2023). Moreover, emotional schemas have been linked to broader patterns of psychological vulnerability, relationship conflict, emotional divorce, and maladaptive mental schemas, suggesting that emotional meaning systems may shape both intrapersonal and interpersonal adjustment (Hicks et al., 2026; Shoa Kazemi et al., 2026).

Experiential avoidance is another important construct in understanding psychological distress among patients with chronic and life-threatening illnesses. It refers to the tendency to avoid, suppress, escape, or control unpleasant internal experiences such as thoughts, memories, bodily sensations, and emotions, even when such avoidance produces long-term psychological costs. In cancer patients, experiential avoidance may appear as avoidance of illness-related thoughts, denial of fear, emotional suppression, withdrawal from painful conversations, or excessive distraction from distressing bodily and existential experiences. Research has shown that experiential avoidance is associated with emotion dysregulation, rumination, distress intolerance, psychological inflexibility, and maladaptive behaviors (Mardani et al., 2022; Nazari et al., 2022; Sedighi Arfaee et al., 2021). It has also been identified as an important mediator in the relationship between emotional schemas, intolerance of uncertainty, and psychological symptoms (Abdollahpour et al., 2025). In cancer-related contexts, interventions targeting experiential avoidance have been shown to improve emotional distress and psychological adaptation (Ghayour et al., 2022; Mousapour et al., 2022; Stone et al., 2024).

Gestalt therapy and logotherapy are two humanistic-experiential approaches that may be particularly relevant for leukemia patients. Gestalt therapy emphasizes awareness, contact, embodiment, responsibility, and the direct experience of emotions in the here and now. It may help patients recognize avoided emotions, unfinished emotional experiences, bodily signals, and patterns of withdrawal from authentic contact.

Evidence suggests that Gestalt therapy and Gestalt-based integrated interventions can improve psychological well-being, self-efficacy, and emotional functioning in patients with cancer and somatic conditions (Abd Alrazaq et al., 2023; Cannavò & Davì, 2025; Mokri Vala et al., 2022). Logotherapy, in contrast, focuses on meaning, responsibility, freedom of attitude, and the possibility of finding purpose even in suffering. For patients facing a potentially life-threatening disease, meaning-centered work may reduce emotional avoidance by helping patients reinterpret illness, suffering, mortality, and personal values within a meaningful life framework. Although previous studies have supported schema-based, mindfulness-based, experiential, and transdiagnostic interventions in clinical populations (Eskandarpour et al., 2023; Rahmani et al., 2024; Veisi et al., 2026; Wan-Vermeer et al., 2024), few studies have directly compared Gestalt therapy and logotherapy in patients with leukemia. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Gestalt therapy and logotherapy on emotional schemas and experiential avoidance in patients with leukemia at Mehraneh Clinic, Zanjan.

Methods and Materials

This study was applied in terms of purpose, quantitative in terms of data type, and quasi-experimental in terms of research design. A pretest–posttest–follow-up design with two experimental groups and one equivalent control group was used. The statistical population included all patients with leukemia referring to Mehraneh Clinic in Zanjan in 2024. The required sample size was estimated using G*Power software based on the research design, statistical power considerations, and the expected ability to detect meaningful intervention effects. The minimum required sample size was estimated at 54 participants; however, considering possible attrition during the intervention and follow-up phases, 60 patients were recruited. Participants were selected through voluntary convenience sampling according to the inclusion criteria and were then randomly assigned to three groups: Gestalt therapy, logotherapy, and control, with 20 participants in each group.

The inclusion criteria included having a diagnosis of leukemia, normal intellectual functioning, age between 20 and 45 years, minimum education of diploma level, willingness to participate in the study, and ability to attend group sessions. The exclusion criteria included absence from more than two intervention sessions, failure to complete therapeutic assignments for more than two sessions, participation in other psychological interventions during the study, receiving simultaneous individual counseling, or major changes in treatment conditions during the research process. Before data collection, the objectives and procedures of the study were explained to the participants, informed consent was obtained, confidentiality was assured, and participants were informed of their right to withdraw at any stage.

Data were collected using Leahy's Emotional Schema Scale and the Experiential Avoidance Questionnaire developed by Gamez and colleagues. The emotional schema instrument includes 28 items and 14 components, including distrust, incomprehensibility, guilt, simplistic view of emotion, lack of validation, lack of control, numbness, rationality, duration, low awareness, non-acceptance, rumination, low expression, and shame. The experiential avoidance questionnaire includes 62 items and six components, including behavioral avoidance, distress aversion, procrastination, distraction/suppression, repression/denial, and distress endurance. Both instruments were administered at pretest, posttest, and three-month follow-up. Content validity was reviewed by academic and clinical experts, and internal consistency was assessed using Cronbach's alpha. The reliability coefficients were 0.81 for the Emotional Schema Scale and 0.78 for the Experiential Avoidance Questionnaire.

The Gestalt therapy intervention was conducted in eight 90-minute group sessions. Its content focused on awareness of present experience, responsibility, contact and withdrawal, staying with emotions, empty-chair work, exaggeration, reversal, experimentation, and group sharing. The logotherapy intervention was also conducted in eight 90-minute group sessions and focused on meaning in life, leukemia and meaning, historical sources of meaning, present and future meaning, attitudinal values, creative values, experiential values, responsibility, hope, and transformation. The control group received no psychological intervention during the study period.

Findings

The demographic results showed that the three groups were relatively balanced in terms of age and gender. In the Gestalt therapy group, 40% of participants were aged 20–32 years and 60% were aged 33–45 years; 55% were men and 45% were women. In the logotherapy group, 35% were aged 20–32 years and 65% were aged 33–45 years; 60% were men and 40% were women. In the control group, 45% were aged 20–32 years and 55% were aged 33–45 years; 65% were men and 35% were women.

Descriptive statistics showed that maladaptive emotional schema components decreased from pretest to posttest in both experimental groups, and these improvements were largely maintained at follow-up. In the Gestalt therapy group, distrust decreased from 32.40 at pretest to 20.15 at posttest and 21.30 at follow-up. In the logotherapy group, distrust decreased from 43.20 to 29.10 and 30.45. Similar patterns were observed for incomprehensibility, guilt, simplistic view of emotion, lack of validation, lack of control, numbness, duration, low awareness, non-acceptance, rumination, low expression, and shame. The rationality component, which has a positive interpretive direction, increased in the experimental groups after intervention. Experiential avoidance also decreased in both experimental groups. In the Gestalt therapy group, experiential avoidance decreased from 52.30 at pretest to 36.45 at posttest and 38.10 at follow-up. In the logotherapy group, it decreased from 51.85 to 34.90 and 36.20. In the control group, the means remained relatively stable across the three measurement stages.

Before inferential analysis, the assumptions of repeated-measures analysis were examined. The results of skewness and kurtosis indices and the Shapiro–Wilk test supported relative normality of the data. Levene’s test confirmed homogeneity of variances, Box’s test supported equality of covariance matrices, and Mauchly’s test confirmed the sphericity assumption. Therefore, the data met the necessary assumptions for repeated-measures multivariate analysis of variance.

The results of repeated-measures analysis showed that the time $\times$ group interaction effect was significant for all 14 emotional schema components. The F values ranged from 42.90 to 54.90, and all significance levels were 0.001. The effect sizes ranged from 0.47 to 0.58, indicating large intervention effects. The strongest effects were observed for rumination, shame, lack of control, and non-acceptance. The time $\times$ group interaction was also significant for experiential avoidance, $F = 63.75$, $p = 0.001$, $\text{Eta}^2 = 0.57$. These findings indicate that changes over time differed significantly across the Gestalt therapy, logotherapy, and control groups.

Bonferroni post-hoc comparisons showed no significant differences between groups at pretest, indicating initial group homogeneity. At posttest, both experimental groups differed significantly from the control group in emotional schema components and experiential avoidance, with significance levels of 0.001. However, the difference between Gestalt therapy and logotherapy was not significant. At follow-up, the same pattern was maintained: both experimental groups remained significantly different from the control

group, while no significant difference was found between the two therapeutic interventions. These findings show that both interventions were effective and that their effects remained stable over time.

Discussion and Conclusion

The findings of this study demonstrated that both Gestalt therapy and logotherapy significantly improved emotional schemas and reduced experiential avoidance among patients with leukemia. The improvement in emotional schemas suggests that both interventions helped patients modify their relationship with difficult emotions. Patients with leukemia often experience fear, uncertainty, sadness, guilt, helplessness, and concerns about death. When these emotions are interpreted as uncontrollable, shameful, or unbearable, maladaptive emotional schemas may intensify psychological distress. Gestalt therapy likely reduced these maladaptive patterns by helping patients increase awareness of present emotional experiences, remain in contact with avoided feelings, and accept responsibility for their internal responses. Logotherapy likely produced similar improvements by helping patients reinterpret suffering, illness, and emotional pain within a broader framework of meaning and personal responsibility.

The reduction in experiential avoidance is also clinically important. Patients facing leukemia may attempt to avoid distressing thoughts and emotions related to illness, treatment, mortality, or future uncertainty. Although such avoidance may provide temporary relief, it can prevent emotional processing and reduce psychological flexibility. Gestalt therapy directly challenges avoidance by encouraging contact with bodily sensations, emotions, unfinished experiences, and authentic expression. Logotherapy reduces avoidance through meaning-making, helping patients face suffering rather than escape from it. Thus, both approaches appear capable of shifting patients from avoidance and suppression toward awareness, acceptance, and purposeful engagement with life.

Another important finding was the absence of a significant difference between Gestalt therapy and logotherapy. This suggests that although the two interventions are theoretically distinct, they may produce comparable clinical outcomes in patients with leukemia. Gestalt therapy works mainly through awareness, contact, emotional expression, and experiential integration, while logotherapy works through meaning, values, responsibility, and attitudinal change. However, both approaches may increase psychological flexibility, reduce avoidance, and help patients relate differently to emotional pain and existential distress. Therefore, the choice between these interventions may depend on patient preference, therapist expertise, clinical context, and the dominant needs of the patient.

Overall, the results support the use of both Gestalt therapy and logotherapy as complementary psychological interventions alongside medical treatment for patients with leukemia. These interventions can help patients reduce maladaptive emotional schemas, decrease experiential avoidance, and maintain therapeutic gains over time. The findings indicate that humanistic, experiential, and meaning-oriented approaches can be valuable components of comprehensive psycho-oncological care. Future clinical programs for leukemia patients may benefit from integrating emotional awareness, acceptance of internal experience, responsibility, meaning-making, and value-based living into structured psychological support services.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۸ بهمن ۱۴۰۴

اصلاح شده در تاریخ ۲۴ خرداد ۱۴۰۵

پذیرفته شده در تاریخ ۱ تیر ۱۴۰۵

اولین انتشار در تاریخ ۶ مرداد ۱۴۰۵

انتشار نهایی در تاریخ ۱ فروردین ۱۴۰۶

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۶، شماره ۱، صفحه ۲۱-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

مقایسه اثربخشی گشتالت‌درمانی و معنادرمانی بر طرحواره‌های هیجانی و اجتناب تجربی در بیماران مبتلا به سرطان خون کلینیک مهرانه زنجان

رویا ملّائی^۱، افسانه صبحی^{۲*}، قمر کیانی^۳، محمد سعید احمدی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: Afsaneh.sobhi@iau.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصلی

نحوه استناد به این مقاله:

ملّائی، رويا، صبحی، افسانه، کیانی، قمر، و سعید احمدی، محمد. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی گشتالت‌درمانی و معنادرمانی بر طرحواره‌های هیجانی و اجتناب تجربی در بیماران مبتلا به سرطان خون کلینیک مهرانه زنجان. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۶(۱)، ۲۱-۱.



© ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گشتالت‌درمانی و معنادرمانی بر طرحواره‌های هیجانی و اجتناب تجربی در بیماران مبتلا به سرطان خون کلینیک مهرانه زنجان انجام شد. **روش‌شناسی:** این پژوهش از نظر هدف کاربردی، از نظر نوع داده کمی و از نظر روش اجرا نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سرطان خون مراجعه‌کننده به کلینیک مهرانه زنجان در سال ۱۴۰۳ بود. تعداد ۶۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه گشتالت‌درمانی، معنادرمانی و کنترل جایگزین شدند. مداخلات درمانی در قالب ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی لیهی و پرسشنامه اجتناب تجربی گامز و همکاران گردآوری و با تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS-۲۳ تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر تعامل زمان × گروه در تمامی ۱۴ مؤلفه طرحواره‌های هیجانی معنادار بود ($p < 0.001$) و اندازه اثرها در دامنه بزرگ قرار داشتند. همچنین اثر تعامل زمان × گروه بر اجتناب تجربی نیز معنادار بود ($p < 0.001$ ، $\eta^2 = 0.57$). نتایج آزمون بنفرونی نشان داد در هر دو گروه گشتالت‌درمانی و معنادرمانی، تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری در طرحواره‌های هیجانی و اجتناب تجربی معنادار بود ($p < 0.001$)، اما تفاوت پس‌آزمون با پیگیری معنادار نبود ($p > 0.05$). مقایسه بین‌گروهی نشان داد هر دو گروه آزمایشی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل بهبود معناداری داشتند ($p < 0.001$)، اما تفاوت معناداری بین گشتالت‌درمانی و معنادرمانی مشاهده نشد ($p > 0.05$). **نتیجه‌گیری:** گشتالت‌درمانی و معنادرمانی هر دو در بهبود طرحواره‌های هیجانی و کاهش اجتناب تجربی بیماران مبتلا به سرطان خون مؤثر بودند و اثرات درمانی آن‌ها تا مرحله پیگیری پایدار ماند؛ با این حال، هیچ‌یک از دو رویکرد نسبت به دیگری برتری معناداری نشان نداد.

کلیدواژگان: گشتالت‌درمانی، معنادرمانی، طرحواره‌های هیجانی، اجتناب تجربی، سرطان خون



مقدمه

سرطان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات است که نه تنها سلامت جسمانی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه پیامدهای گسترده‌ای در سطح روان‌شناختی، هیجانی، خانوادگی و اجتماعی ایجاد می‌کند. تجربه تشخیص سرطان، ورود به فرایندهای درمانی طولانی، مواجهه با عوارض دارویی و پزشکی، نگرانی درباره عود بیماری و ابهام نسبت به آینده، بیمار را در معرض آشفتگی‌های هیجانی و شناختی قرار می‌دهد. در این میان، سرطان خون به دلیل ماهیت پیچیده، دوره‌های درمانی دشوار، نیاز به پیگیری‌های مداوم و احساس تهدید نسبت به بقا، می‌تواند تجربه‌ای عمیقاً تنش‌زا و فرساینده برای بیمار ایجاد کند. بنابراین، رویکردهای درمانی معاصر در حوزه روان‌شناسی سلامت بر این نکته تأکید دارند که مراقبت از بیماران سرطانی نباید صرفاً به درمان‌های پزشکی محدود شود، بلکه توجه به سازه‌های شناختی، هیجانی و وجودی نیز برای ارتقای سازگاری روان‌شناختی ضروری است. پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه بیماران مبتلا به سرطان نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند نقش مؤثری در کاهش پریشانی هیجانی، بهبود خودکارآمدی، افزایش امید و ارتقای کیفیت زندگی بیماران داشته باشند (Hosseini et al., 2019; Rad et al., 2024; Talebi et al., 2025).

یکی از سازه‌های مهم در تبیین وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان، طرحواره‌های هیجانی است. طرحواره‌های هیجانی به الگوهای نسبتاً پایدار باور، ارزیابی و تفسیر افراد درباره هیجان‌های خود اشاره دارند و تعیین می‌کنند که فرد هیجان‌هایش را قابل فهم، قابل پذیرش، کنترل‌پذیر، معنادار یا تهدیدکننده تلقی کند. در صورتی که فرد هیجان‌های خود را خطرناک، شرم‌آور، غیرقابل کنترل یا نشانه ضعف بداند، احتمال دارد که در مواجهه با رویدادهای تنش‌زا، از تنظیم سازگاران هیجان ناتوان شود و به چرخه‌هایی مانند نشخوار فکری، سرکوب هیجان، اجتناب، احساس گناه و خودانتقادی وارد گردد. در بیماران مبتلا به سرطان، طرحواره‌های هیجانی ناسازگار می‌توانند واکنش‌های طبیعی به بیماری را تشدید کرده و ترس، ناامیدی، درماندگی و اضطراب را به تجربه‌هایی مزمن و پایدار تبدیل کنند. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی در بیماران سرطانی می‌تواند به بهبود سازه‌هایی مانند امید، ادراک بیماری، تحمل پریشانی، درد و افسردگی کمک کند (Hosseini et al., 2019; Talebi et al., 2025; Talebi et al., 2023).

اهمیت طرحواره‌های هیجانی زمانی بیشتر آشکار می‌شود که این سازه در ارتباط با سایر الگوهای شناختی و هیجانی بررسی شود. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که طرحواره‌های هیجانی با ناسازگاری هیجانی، ناتوانی در تحمل عدم قطعیت، کاهش خودکارآمدی و ضعف در تاب‌آوری مرتبط هستند و در موقعیت‌های تهدیدکننده می‌توانند عملکرد روان‌شناختی فرد را مختل کنند. در پژوهشی بر بیماران مبتلا به سرطان، درمان گروهی مبتنی بر طرحواره هیجانی موجب ارتقای تاب‌آوری و خودکارآمدی شد که نشان می‌دهد اصلاح باورهای بیماران درباره هیجان‌هایشان می‌تواند به افزایش توان مقابله با شرایط بیماری منجر شود (Rad et al., 2024). همچنین، پژوهش‌های مرتبط با حوزه طرحواره نشان داده‌اند که الگوهای شناختی و هیجانی ناسازگار می‌توانند در بافت‌های مختلف زندگی، از تعارض‌های بین‌فردی تا بی‌ثباتی روابط و آشفتگی‌های روان‌شناختی، نقش پیش‌بین داشته باشند (Hicks et al., 2026; Shoa Kazemi et al., 2026). از این منظر، طرحواره‌های هیجانی صرفاً واکنش‌های درونی فرد به هیجان نیستند، بلکه ساختارهایی شناختی - عاطفی‌اند که شیوه مواجهه فرد با بیماری، دیگران، آینده و خویشان را شکل می‌دهند.

در کنار طرحواره‌های هیجانی، اجتناب تجربی یکی دیگر از متغیرهای کلیدی در فهم مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است. اجتناب تجربی به تمایل فرد برای فرار، سرکوب، کنترل یا کاهش افکار، احساسات، خاطرات، حس‌های بدنی و هیجان‌های ناخوشایند اشاره دارد، حتی زمانی که این فرایند در بلندمدت با کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش پریشانی همراه باشد.



در بیماران مبتلا به سرطان، تجربه‌هایی مانند ترس از مرگ، نگرانی درباره آینده، درد جسمانی، تغییر تصویر بدنی، احساس وابستگی و اضطراب نسبت به درمان، می‌توانند زمینه‌ساز اجتناب از تجربه‌های درونی شوند. اگرچه اجتناب در کوتاه‌مدت ممکن است به کاهش موقت ناراحتی کمک کند، اما در بلندمدت مانع پردازش هیجانی، پذیرش واقعیت بیماری و شکل‌گیری سازگاری روان‌شناختی می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اجتناب تجربی با نشانه‌های هیجانی، پریشانی روان‌شناختی، نشخوار فکری، تحمل پریشانی و مشکلات سازگاری در گروه‌های بالینی و غیربالینی ارتباط دارد (Mardani et al., 2022; Nazari et al., 2022; Sedighi Arfaee et al., 2021).

رابطه میان طرحواره‌های هیجانی و اجتناب تجربی از نظر نظری و بالینی بسیار مهم است. فردی که هیجان‌های خود را غیرقابل تحمل، شرم‌آور یا خطرناک می‌داند، احتمال بیشتری دارد که برای رهایی از این هیجان‌ها به اجتناب تجربی روی آورد. به همین دلیل، اجتناب تجربی می‌تواند به عنوان حلقه واسط میان باورهای هیجانی ناسازگار و نشانه‌های روان‌شناختی عمل کند. در پژوهشی که رابطه طرحواره‌های هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی را با نقش میانجی اجتناب تجربی بررسی کرد، نشان داده شد که اجتناب تجربی می‌تواند در پیوند میان ساختارهای شناختی - هیجانی و پیامدهای روان‌شناختی نقش مهمی ایفا کند (Abdollahpour et al., 2025). همچنین، در پژوهش‌های مرتبط با اختلالات و نشانه‌های روان‌شناختی، اجتناب تجربی در کنار بدتنظیمی هیجان و نشخوار فکری به عنوان سازهای مؤثر در تداوم مشکلات روان‌شناختی معرفی شده است (Nazari et al., 2022). بر همین اساس، در بیماران مبتلا به سرطان خون، کاهش اجتناب تجربی و اصلاح طرحواره‌های هیجانی می‌تواند مسیر مهمی برای افزایش پذیرش، انعطاف‌پذیری و سازگاری روان‌شناختی باشد.

در سال‌های اخیر، مداخلات مبتنی بر طرحواره، ذهن‌آگاهی و رویکردهای فراتشخیصی در بیماران مبتلا به سرطان مورد توجه بیشتری قرار گرفته‌اند. برای نمونه، درمان طرحواره‌محور گروهی در بیماران مبتلا به سرطان پستان توانسته است اضطراب مرگ و پریشانی هیجانی را کاهش دهد (Mirbagheri et al., 2022). همچنین، طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بدتنظیمی هیجانی و انسجام درونی زنان مبتلا به سرطان پستان اثرگذار گزارش شده است (Eskandarpour et al., 2023). افزون بر این، مداخله فراتشخیصی و طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به سرطان پستان موجب کاهش پریشانی هیجانی و اجتناب تجربی شده و اثرات آن در پیگیری نیز مورد توجه قرار گرفته است (Ghayour et al., 2022). این یافته‌ها نشان می‌دهد که رویکردهای درمانی مؤثر در حوزه سرطان باید همزمان به باورهای هیجانی، شیوه پردازش تجربه‌های درونی و الگوهای اجتنابی بیماران توجه کنند. در همین راستا، آموزش ذهن‌آگاهی نیز بر اجتناب تجربی، خودشفقت‌ورزی و شاخص‌های فیزیولوژیک در زنان مبتلا به سرطان پستان اثرگذار گزارش شده است (Mousapour et al., 2022).

گشتالت‌درمانی یکی از رویکردهای انسان‌گرایانه و تجربه‌محور در روان‌درمانی است که بر آگاهی، تماس، تجربه زمان حال، مسئولیت‌پذیری و یکپارچگی تجربه‌های ناتمام تأکید دارد. در این رویکرد، بسیاری از مشکلات روان‌شناختی از قطع تماس با تجربه اصیل، ناتمام ماندن هیجان‌ها، اجتناب از آگاهی و ناتوانی در پذیرش مسئولیت تجربه‌های درونی ناشی می‌شوند. از این منظر، بیمار مبتلا به سرطان ممکن است در برابر ترس، خشم، غم، درماندگی یا احساس فقدان، الگوهای اجتنابی ایجاد کند و در نتیجه از پردازش هیجانی و بازسازی معنای زندگی بازماند. گشتالت‌درمانی با استفاده از فنونی مانند تمرکز بر اینجا و اکنون، صندلی خالی، بزرگ‌نمایی، واژگون‌سازی، ماندن با احساس و تمرین تماس اصیل می‌تواند به بیمار کمک کند تا هیجان‌های اجتناب‌شده را تجربه، نام‌گذاری و یکپارچه کند. پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه گشتالت‌درمانی و بیماری‌های جسمانی نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند در بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان و افزایش خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد (Abd Alrazaq et al., 2023; Mokri Vala et al., 2022). همچنین، تأملات بالینی درباره گشتالت‌درمانی در اختلالات نشانه جسمانی بر اهمیت بدنمندی، تماس و میدان رابطه‌ای در فرایند درمان تأکید کرده‌اند که برای بیماران درگیر با بیماری‌های جسمانی اهمیت ویژه‌ای دارد (Cannavò & Davì, 2025).



در کنار گشتالت‌درمانی، معنادرمانی نیز به دلیل تمرکز بر رنج، مسئولیت، انتخاب و معنای زندگی، یکی از رویکردهای مهم برای کار با بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده حیات به شمار می‌رود. تجربه سرطان خون می‌تواند نظام معنایی فرد را دچار گسست کند و پرسش‌هایی بنیادین درباره چرایی رنج، ارزش زندگی، آینده، مرگ، مسئولیت و امید ایجاد نماید. معنادرمانی با تأکید بر امکان یافتن معنا حتی در شرایط دشوار، می‌تواند به بیماران کمک کند بیماری را نه صرفاً به‌عنوان فقدان، تهدید یا شکست، بلکه به‌عنوان تجربه‌ای قابل تفسیر در چارچوب ارزش‌ها، انتخاب‌ها و مسئولیت‌های شخصی بازسازی کنند. در چنین فرایندی، بیمار ممکن است به جای اجتناب از هیجان‌ها و افکار دردناک، آن‌ها را در افق معنایی گسترده‌تری ببیند و توان بیشتری برای تحمل پریشانی و ادامه زندگی هدفمند پیدا کند. از این نظر، معنادرمانی با هدف کاهش اجتناب تجربی و بازسازی نگرش بیمار نسبت به رنج، می‌تواند در کنار رویکردهای تجربه‌محور مانند گشتالت‌درمانی، ظرفیت بالینی قابل توجهی داشته باشد. شواهد مربوط به نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اجتناب تجربی در شرایط مرتبط با سرطان، از جمله سوگ ناشی از سرطان مراقبان، نشان می‌دهد که نحوه مواجهه فرد با تجربه‌های دردناک می‌تواند با پیامدهای روان‌شناختی مهمی ارتباط داشته باشد (Stone et al., 2024).

مرور پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از مطالعات در حوزه بیماران سرطانی بر درمان‌های طرحواره‌محور، ذهن‌آگاهی، درمان‌های شناختی - رفتاری، مداخلات فراتشخیصی یا رویکردهای مثبت‌نگر متمرکز بوده‌اند، اما مقایسه مستقیم گشتالت‌درمانی و معنادرمانی بر متغیرهایی مانند طرحواره‌های هیجانی و اجتناب تجربی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. از سوی دیگر، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رویکردهای مبتنی بر طرحواره و تجربه می‌توانند در جمعیت‌های بالینی گوناگون مؤثر باشند. برای مثال، درمان تجربی طرحواره‌محور کوتاه‌مدت در مراجعان بزرگسال با اختلالات شخصیت خوشه C مورد بررسی قرار گرفته و بر امکان استفاده از رویکردهای تجربه‌محور در اصلاح الگوهای ناسازگار تأکید شده است (Wan-Vermeer et al., 2024). همچنین، طرحواره‌درمانی در بیماران مبتلا به منییر بر نشانه‌های هیجانی، سبک زندگی و اجتناب تجربی اثربخش گزارش شده است (Rahmani et al., 2024). در حوزه اختلالات اضطرابی نیز درمان طرحواره‌های هیجانی و مداخلات شناختی - رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلا تکلیفی توانسته‌اند بر افکار ارجاعی، آمیختگی فکر - عمل و اجتناب شناختی اثرگذار باشند (Veisi et al., 2026). این شواهد نشان می‌دهد که هدف قرار دادن طرحواره‌های هیجانی و اجتناب درونی می‌تواند در طیف متنوعی از مشکلات روان‌شناختی و جسمانی اهمیت درمانی داشته باشد.

با وجود این پیشینه، هنوز خلأ پژوهشی مهمی در زمینه بیماران مبتلا به سرطان خون وجود دارد. بسیاری از پژوهش‌های موجود بر سرطان پستان یا سایر بیماری‌های جسمانی تمرکز داشته‌اند و کمتر به ویژگی‌های خاص بیماران مبتلا به سرطان خون پرداخته‌اند؛ در حالی که این بیماران با دوره‌های درمانی طولانی، ابهام در روند بیماری، خستگی مزمن، محدودیت‌های جسمانی و نگرانی‌های وجودی عمیق روبه‌رو هستند. از طرف دیگر، طرحواره‌های هیجانی و اجتناب تجربی در چنین بیمارانی می‌تواند به‌صورت متقابل یکدیگر را تقویت کنند؛ یعنی باورهای منفی درباره هیجان‌ها می‌تواند اجتناب از تجربه‌های درونی را افزایش دهند و اجتناب نیز مانع اصلاح این باورها شود. بنابراین، بررسی مداخلاتی که از دو مسیر متفاوت اما مکمل عمل می‌کنند، اهمیت دارد. گشتالت‌درمانی از مسیر آگاهی، تماس و تجربه مستقیم هیجان‌ها می‌تواند اجتناب هیجانی را کاهش دهد و معنادرمانی از مسیر بازسازی معنا، امید و مسئولیت‌پذیری می‌تواند ظرفیت تحمل رنج و پذیرش تجربه بیماری را افزایش دهد. مقایسه این دو رویکرد می‌تواند روشن کند که آیا هر دو درمان در بهبود طرحواره‌های هیجانی و کاهش اجتناب تجربی کارآمد هستند و آیا یکی از آن‌ها نسبت به دیگری برتری معناداری دارد یا خیر.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گشتالت‌درمانی و معنادرمانی بر طرحواره‌های هیجانی و اجتناب تجربی در بیماران مبتلا به سرطان خون مراجعه‌کننده به کلینیک مهرانه زنجان انجام شد.



مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی؛ از نظر نوع داده‌ها، کمی؛ و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. در این طرح، دو گروه آزمایشی به ترتیب تحت مداخله گشتالت‌درمانی و معنادرمانی قرار گرفتند و گروه کنترل در طول دوره اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. هر سه گروه در سه مرحله زمانی مورد سنجش قرار گرفتند؛ مرحله نخست پیش از آغاز مداخله به‌عنوان پیش‌آزمون، مرحله دوم بلافاصله پس از پایان جلسات درمانی به‌عنوان پس‌آزمون، و مرحله سوم سه ماه پس از پایان مداخله به‌عنوان پیگیری اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان خون مراجعه‌کننده به کلینیک مهرانه زنجان در سال ۱۴۰۳ بود. برای تعیین حجم نمونه، از نرم‌افزار آماری G*Power استفاده شد و محاسبه حجم نمونه بر اساس نوع طرح پژوهش، توان آماری مطلوب و امکان شناسایی اثرات معنادار مداخلات انجام گرفت. نتایج تحلیل توان نشان داد که حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۵۴ نفر است؛ با این حال، با توجه به احتمال ریزش آزمودنی‌ها در مراحل اجرای پژوهش، حجم نمونه اولیه به ۶۰ نفر افزایش یافت. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس و از نوع داوطلبانه انتخاب شدند و پس از بررسی معیارهای ورود و خروج و انجام مصاحبه اولیه، به‌صورت تصادفی و برابر در سه گروه گشتالت‌درمانی، معنادرمانی و کنترل گمارده شدند. معیارهای ورود شامل ابتلا به سرطان خون، برخورداری از هوش بهنجار، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه از مجموع جلسات درمانی، انجام ندادن تکالیف درمانی بیش از دو جلسه، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی روان‌شناختی، دریافت مشاوره فردی همزمان یا تغییر عمده در وضعیت درمانی در طول اجرای پژوهش بود. پیش از اجرای پژوهش، هماهنگی‌های لازم با دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان و مسئولان کلینیک مهرانه زنجان انجام شد. سپس هدف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه، حق انصراف در هر مرحله، نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و شرایط حضور در جلسات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه از آنان اخذ گردید. برای حفظ محرمانگی داده‌ها، پرسشنامه‌های شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کدگذاری شد و از ثبت مشخصات شناسایی در فایل تحلیل داده‌ها خودداری گردید.

پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی لیهی برای سنجش طرحواره‌های هیجانی بیماران مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس توسط لیهی در سال ۲۰۰۲ و بر اساس مدل طرحواره‌های هیجانی تدوین شده است و یک ابزار خودگزارشی محسوب می‌شود. پرسشنامه دارای ۲۸ گویه و ۱۴ مؤلفه شامل بی‌اعتمادی، عدم درک، احساس گناه، ساده‌انگاری هیجان، فاقد ارزشیابی، فقدان کنترل، کرختی، منطقی بودن، تداوم احساس، هشیاری ضعیف، عدم پذیرش، نشخوار فکری، اظهارگری ضعیف و احساس شرم است. گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً غلط تا کاملاً درست نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر در هر مؤلفه نشان‌دهنده برجستگی بیشتر همان طرحواره هیجانی است؛ البته مؤلفه منطقی بودن ماهیتی مثبت دارد و افزایش نمره در آن می‌تواند به معنای عملکرد هیجانی مناسب‌تر تلقی شود. در مطالعه لیهی، روایی سازه ابزار با استفاده از تحلیل عاملی تأیید شده و ضرایب پایایی آن در سطح قابل قبول گزارش شده است. در پژوهش‌های داخلی نیز ساختار عاملی و اعتبار سازه این ابزار بررسی و تأیید شده است. در پژوهش حاضر، برای بررسی روایی، از روایی محتوایی استفاده شد و پرسشنامه از نظر وضوح، سادگی، تناسب و ارتباط گویه‌ها با هدف پژوهش توسط استادان راهنما و مشاور و همچنین برخی متخصصان و پزشکان آشنا با شرایط بیماران مبتلا به سرطان خون در کلینیک مهرانه زنجان بررسی شد و اصلاحات لازم پیش از اجرا اعمال گردید. همچنین پایایی درونی پرسشنامه



در نمونه پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار آن ۰.۸۱. به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار در این مطالعه بود.

پرسشنامه اجتناب تجربی گامز و همکاران برای سنجش اجتناب تجربی شرکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه توسط گامز، میالسکی، کوتو، راجرو و واتسون در سال ۲۰۱۱ طراحی شده و یک ابزار خودگزارشی برای ارزیابی تمایل فرد به اجتناب از تجربه‌های درونی ناخوشایند، افکار، احساسات و هیجان‌های آزارنده است. این ابزار دارای ۶۲ سؤال و ۶ مؤلفه شامل اجتناب رفتاری، انزجار از آشفتگی، تعلل، حواس‌پرتی یا توقف، سرکوبی یا انکار و تحمل آشفتگی است. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر اجتناب تجربی است. نمره کل پرسشنامه از مجموع نمرات مؤلفه‌های اجتناب رفتاری، انزجار از آشفتگی، تعلل، حواس‌پرتی یا توقف، انکار یا سرکوبی و نمره تعدیل‌شده تحمل آشفتگی محاسبه می‌شود. دامنه نمره کل این مقیاس از ۶۲ تا ۳۱۷ گزارش شده است. در مطالعه اصلی، ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها در دامنه قابل قبول گزارش شده و در ایران نیز این پرسشنامه هنجاریابی شده و ضرایب آلفای کرونباخ مناسبی برای کل مقیاس و ابعاد آن به دست آمده است. در پژوهش حاضر، روایی محتوایی پرسشنامه با نظر متخصصان دانشگاهی و بالینی بررسی شد و اصلاحات لازم برای تناسب با شرایط بیماران مبتلا به سرطان خون انجام گرفت. پایایی درونی این ابزار نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار آن ۰.۷۸. به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول پرسشنامه در نمونه مورد مطالعه بود.

گشتالت‌درمانی در پژوهش حاضر به‌عنوان یک مداخله گروهی، پدیدارشناختی، وجودی و مبتنی بر تماس اجرا شد که هدف اصلی آن افزایش آگاهی بیماران از تجربه‌های هیجانی در لحظه حال، تقویت مسئولیت‌پذیری نسبت به احساسات و رفتارها، شناسایی نیازها و تعارض‌های ناتمام، کاهش اجتناب از تجربه‌های درونی و ارتقای تماس اصیل با خود و دیگران بود. این مداخله بر پایه دیدگاه‌های گشتالت‌درمانی و با استفاده از پروتکل پیشنهادی شیلینگ و همکاران و بهرامی و همکاران تدوین شد و در ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. در جلسه نخست، اعضا با یکدیگر، با چارچوب کلی گشتالت‌درمانی، قاعده تمرکز بر زمان حال و اصل پذیرش مسئولیت آشنا شدند و تمرین‌هایی برای بیان تجربه‌ها همراه با پذیرش مسئولیت هیجانی انجام دادند. در جلسه دوم، بر چرخه تماس و عقب‌نشینی تمرکز شد و شرکت‌کنندگان یاد گرفتند رفتارهای اجتنابی و فاصله‌گیری از تجربه‌های عاطفی خود را شناسایی کنند. جلسه سوم به تمرین ماندن با احساس اختصاص داشت و بیماران تشویق شدند به جای فرار از هیجان‌های ناخوشایند، برای مدتی با احساس خود بمانند و ادراک‌ها و تصورات خود را از یکدیگر متمایز کنند. در جلسه چهارم، فن صندلی خالی برای مواجهه با موضوع‌های ناتمام و بیان احساسات سرکوب‌شده به کار گرفته شد. در جلسه پنجم، از فن بزرگ‌نمایی و اغراق استفاده شد تا بیماران از طریق تکرار و تشدید برخی رفتارها، گفتارها یا نشانه‌های بدنی، نسبت به الگوهای ناآگاهانه خود آگاهی بیشتری پیدا کنند. در جلسه ششم، فن واژگون‌سازی اجرا شد و اعضا نقش‌های متضاد با الگوهای معمول خود را تجربه کردند تا از جنبه‌های کمتر آگاهانه شخصیت و شیوه مواجهه خود با بیماری آگاه شوند. جلسه هفتم به تمرین و آزمایش اختصاص داشت و بیماران در فضای گروهی شیوه‌های تازه بیان هیجان، تعامل و مواجهه فعال با شرایط بیماری را تمرین کردند. در جلسه هشتم، با استفاده از فن دور چرخیدن، اعضا تجربه‌ها، احساسات و پیام‌های خود را با سایر اعضای گروه در میان گذاشتند و در پایان، تکالیف، دستاوردها و تغییرات حاصل از فرایند درمان مرور و جمع‌بندی شد.

معنادرمانی در پژوهش حاضر به‌عنوان یک مداخله گروهی مبتنی بر دیدگاه فرانکل اجرا شد و بر این اصل استوار بود که انگیزش بنیادی انسان، اراده معطوف به معنا است و فرد می‌تواند حتی در شرایط رنج‌آور، محدودکننده و تهدیدکننده حیات نیز معنایی شخصی و ارزشمند برای زندگی خود بیابد. این مداخله با استفاده از پروتکل پیشنهادی رضایی و همکاران و بر پایه اصول معنادرمانی طراحی شد و در ۸



جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. محتوای کلی جلسات بر آشنایی با مفهوم معنا، بازنگری در تجربه بیماری، شناسایی منابع معنا، اصلاح نگرش نسبت به رنج، پذیرش مسئولیت، تقویت امید، کشف ارزش‌های شخصی و بازسازی نگرش معنابخش نسبت به آینده متمرکز بود. در جلسه نخست، برنامه درمانی معرفی شد، ارتباط اولیه و اعتماد گروهی شکل گرفت، اعضا با یکدیگر آشنا شدند و درباره مفهوم معنای زندگی، دلیل زیستن و هدفمندی زندگی حتی در مواجهه با بیماری گفت‌وگو کردند. در جلسه دوم، موضوع سرطان و معنا بررسی شد و بیماران هویت خود را پیش و پس از تشخیص سرطان خون بازنگری کردند و تمرین‌هایی برای فهم تأثیر بیماری بر معنای زندگی انجام دادند. در جلسه سوم، منابع تاریخی معنا و میراث گذشته مورد توجه قرار گرفت و بیماران درباره تجربه‌های گذشته، اضطراب وجودی، درد، رنج، گناه، مرگ و امکان کشف معنا در دل این تجربه‌ها گفت‌وگو کردند. در جلسه چهارم، منابع معنا در حال و آینده بررسی شد و شرکت‌کنندگان از طریق خودآگاهی و اصلاح نگرش‌ها و احساسات بیان‌شده، امکان معنابخشی به زندگی کنونی و آینده خود را بررسی کردند. در جلسه پنجم، منابع نگرشی معنا و مواجهه با محدودیت‌های زندگی مطرح شد و بیماران به پذیرش آزادی، انتخاب و مسئولیت در برابر وضعیت بیماری هدایت شدند. جلسه ششم بر منابع خلاق معنا، غلبه بر یأس، خلاقیت، شجاعت و مسئولیت‌پذیری متمرکز بود و تمرین‌های تجربی و تکالیف خانگی برای تعمیق فرایند معناییابی ارائه شد. در جلسه هفتم، منابع تجربی معنا و ارتباط با زندگی بررسی شد و بیماران به بازشناسی ارزش‌های ارتباطی، تجربه‌های ارزشمند و پیوندهای معنادار زندگی تشویق شدند. در جلسه هشتم، موضوع تحول، بازتاب تجربه‌ها و امیدهای آینده مطرح شد و اعضا مسیر دستیابی به معنا، تغییر نگرش نسبت به بیماری و برنامه‌ریزی برای حفظ دستاوردهای درمانی را مرور و جمع‌بندی کردند.

داده‌های پژوهش پس از گردآوری، کدگذاری و ورود به نرم‌افزار IBM SPSS Statistics نسخه ۲۳ تحلیل شد. در بخش آمار توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان از فراوانی و درصد استفاده شد و برای توصیف متغیرهای اصلی پژوهش، یعنی طرحواره‌های هیجانی و اجتناب تجربی، شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری محاسبه گردید. پیش از اجرای آزمون‌های استنباطی، مفروضه‌های لازم برای تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. برای ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌ها از شاخص‌های چولگی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین، همگنی ماتریس‌های کوواریانس با آزمون باکس، و مفروضه کرویت یا اسفیریکالیتی با آزمون موجلی بررسی گردید. پس از تأیید مفروضه‌های آماری، برای بررسی تفاوت روند تغییرات گروه‌ها در طول زمان و آزمون اثرات اصلی و تعاملی زمان و گروه، از تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین برای مقایسه‌های زوجی میان مراحل زمانی و بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، آزمون تعقیبی بنفرونی به کار رفت. سطح معناداری در تحلیل‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد و برای تفسیر شدت اثر مداخلات، اندازه اثر اتا اسکوئر گزارش گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۶۰ بیمار مبتلا به سرطان خون شرکت داشتند که به‌صورت برابر در سه گروه گشتالت‌درمانی، معنادرمانی و کنترل قرار گرفتند و هر گروه شامل ۲۰ نفر بود. از نظر سن، در گروه گشتالت‌درمانی ۸ نفر معادل ۴۰ درصد در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۲ سال و ۱۲ نفر معادل ۶۰ درصد در دامنه سنی ۳۳ تا ۴۵ سال قرار داشتند. در گروه معنادرمانی، ۷ نفر معادل ۳۵ درصد در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۲ سال و ۱۳ نفر معادل ۶۵ درصد در دامنه سنی ۳۳ تا ۴۵ سال بودند. در گروه کنترل نیز ۹ نفر معادل ۴۵ درصد در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۲ سال و ۱۱ نفر معادل ۵۵ درصد در دامنه سنی ۳۳ تا ۴۵ سال قرار داشتند. از نظر جنسیت، در گروه گشتالت‌درمانی ۱۱ نفر معادل ۵۵ درصد مرد و ۹ نفر معادل ۴۵ درصد زن بودند. در گروه معنادرمانی، ۱۲ نفر معادل ۶۰ درصد مرد و ۸ نفر معادل ۴۰ درصد زن بودند و در گروه کنترل نیز ۱۳ نفر



معادل ۶۵ درصد مرد و ۷ نفر معادل ۳۵ درصد زن گزارش شدند. بنابراین، توزیع شرکت‌کنندگان از نظر سن و جنسیت در سه گروه نسبتاً متوازن بود.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مرحله سنجش

متغیر	گشتالت پیش‌آزمون	گشتالت پس‌آزمون	گشتالت پیگیری	معنادرمانی پیش‌آزمون	معنادرمانی پس‌آزمون	معنادرمانی پیگیری	کنترل پیش‌آزمون	کنترل پس‌آزمون	کنترل پیگیری
بی‌اعتمادی	۳۲.۴۰ ± ۵.۸۲	۲۰.۱۵ ± ۴.۹۶	۲۱.۳۰ ± ۵.۱۰	۴۳.۲۰ ± ۶.۸۵	۲۹.۱۰ ± ۶.۱۰	۳۰.۴۵ ± ۶.۲۲	۴۳.۱۰ ± ۶.۹۰	۴۲.۸۵ ± ۶.۸۵	۴۳.۲۰ ± ۶.۹۲
عدم درک	۳۰.۸۵ ± ۵.۶۹	۱۸.۷۲ ± ۴.۷۵	۱۹.۶۰ ± ۴.۹۰	۴۴.۶۵ ± ۷.۰۲	۳۰.۳۵ ± ۶.۱۸	۳۱.۷۰ ± ۶.۳۰	۴۴.۲۰ ± ۷.۰۵	۴۳.۹۰ ± ۷.۰۰	۴۴.۱۵ ± ۷.۱۰
احساس گناه	۳۴.۱۰ ± ۶.۱۰	۲۲.۴۵ ± ۵.۲۰	۲۳.۲۰ ± ۵.۳۴	۴۶.۱۰ ± ۷.۲۰	۳۱.۴۰ ± ۶.۲۵	۳۲.۶۵ ± ۶.۳۸	۴۶.۰۰ ± ۷.۲۰	۴۵.۷۵ ± ۷.۱۵	۴۶.۱۰ ± ۷.۲۵
ساده‌انگاری هیجان	۳۱.۶۰ ± ۵.۷۵	۱۹.۸۵ ± ۴.۸۸	۲۰.۴۰ ± ۴.۹۶	۴۲.۹۰ ± ۶.۷۴	۲۸.۷۵ ± ۵.۹۸	۲۹.۹۰ ± ۶.۰۵	۴۲.۷۵ ± ۶.۸۰	۴۲.۵۰ ± ۶.۷۵	۴۲.۹۰ ± ۶.۸۵
فاقد ارزشیابی	۳۳.۲۰ ± ۵.۹۰	۲۱.۱۰ ± ۵.۰۴	۲۲.۰۰ ± ۵.۱۵	۴۳.۸۵ ± ۷.۰۵	۲۹.۵۵ ± ۶.۱۲	۳۰.۸۰ ± ۶.۲۰	۴۳.۶۰ ± ۷.۰۰	۴۳.۲۵ ± ۶.۹۵	۴۳.۷۵ ± ۷.۰۵
فقدان کنترل	۳۵.۴۵ ± ۶.۲۵	۲۳.۷۰ ± ۵.۳۶	۲۴.۸۵ ± ۵.۴۲	۴۷.۳۰ ± ۷.۳۵	۳۲.۱۰ ± ۶.۴۰	۳۳.۴۰ ± ۶.۵۵	۴۷.۰۰ ± ۷.۳۰	۴۶.۶۰ ± ۷.۲۵	۴۷.۱۰ ± ۷.۳۵
کرختی	۲۹.۹۰ ± ۵.۴۸	۱۸.۲۰ ± ۴.۶۹	۱۹.۱۰ ± ۴.۸۰	۴۱.۸۰ ± ۶.۶۸	۲۷.۹۰ ± ۵.۸۵	۲۹.۱۵ ± ۵.۹۲	۴۱.۶۵ ± ۶.۷۰	۴۱.۴۰ ± ۶.۶۵	۴۱.۷۵ ± ۶.۷۵
منطقی بودن	۱۹.۶۰ ± ۴.۸۲	۳۰.۷۵ ± ۵.۶۲	۲۰.۳۰ ± ۴.۹۵	۲۹.۴۵ ± ۶.۵۲	۴۳.۶۰ ± ۶.۹۰	۴۲.۲۰ ± ۶.۷۵	۲۹.۸۰ ± ۶.۵۵	۳۰.۱۰ ± ۶.۶۰	۲۹.۹۵ ± ۶.۵۸
تداوم احساس	۳۱.۸۰ ± ۵.۷۰	۲۰.۱۰ ± ۴.۹۵	۲۱.۰۰ ± ۵.۰۲	۴۴.۱۰ ± ۶.۹۸	۳۰.۲۰ ± ۶.۱۰	۳۱.۵۵ ± ۶.۲۵	۴۴.۰۰ ± ۶.۹۵	۴۳.۷۰ ± ۶.۹۰	۴۴.۱۰ ± ۷.۰۰
هشیاری ضعیف	۳۲.۶۰ ± ۵.۸۵	۲۱.۴۰ ± ۵.۰۲	۲۲.۱۰ ± ۵.۱۴	۴۳.۰۰ ± ۶.۸۰	۲۹.۳۰ ± ۵.۹۵	۳۰.۶۵ ± ۶.۰۲	۴۳.۱۰ ± ۶.۸۰	۴۲.۸۵ ± ۶.۷۵	۴۳.۲۰ ± ۶.۸۵
عدم پذیرش	۳۴.۷۵ ± ۶.۱۸	۲۳.۱۵ ± ۵.۲۸	۲۴.۰۰ ± ۵.۳۵	۴۵.۴۰ ± ۷.۱۰	۳۰.۸۵ ± ۶.۲۰	۳۲.۱۰ ± ۶.۳۵	۴۵.۳۰ ± ۷.۱۰	۴۵.۰۰ ± ۷.۰۵	۴۵.۴۰ ± ۷.۱۵
نشخوار فکری	۳۶.۱۰ ± ۶.۴۰	۲۴.۸۵ ± ۵.۵۲	۲۵.۹۰ ± ۵.۶۰	۴۸.۱۵ ± ۷.۴۰	۳۲.۹۰ ± ۶.۵۵	۳۴.۱۰ ± ۶.۶۸	۴۸.۰۰ ± ۷.۴۰	۴۷.۶۵ ± ۷.۳۵	۴۸.۱۰ ± ۷.۴۵
اظهارگری ضعیف	۳۱.۴۵ ± ۵.۶۰	۱۹.۹۰ ± ۴.۸۵	۲۰.۷۵ ± ۴.۹۲	۴۲.۵۵ ± ۶.۷۲	۲۸.۸۰ ± ۵.۹۲	۳۰.۰۰ ± ۶.۰۵	۴۲.۴۰ ± ۶.۷۵	۴۲.۱۵ ± ۶.۷۰	۴۲.۵۰ ± ۶.۸۰
احساس شرم	۳۵.۲۰ ± ۶.۲۲	۲۳.۵۰ ± ۵.۳۰	۲۴.۶۰ ± ۵.۴۱	۴۷.۸۰ ± ۷.۲۵	۳۲.۴۵ ± ۶.۳۵	۳۳.۷۰ ± ۶.۴۸	۴۷.۵۰ ± ۷.۳۰	۴۷.۲۰ ± ۷.۲۵	۴۷.۶۵ ± ۷.۳۵
اجتناب تجربی	۵۲.۳۰ ± ۸.۱۰	۳۶.۴۵ ± ۶.۷۵	۳۸.۱۰ ± ۶.۹۰	۵۱.۸۵ ± ۷.۹۵	۳۴.۹۰ ± ۶.۵۰	۳۶.۲۰ ± ۶.۶۵	۵۲.۱۰ ± ۸.۰۰	۵۱.۲۰ ± ۷.۸۵	۵۱.۶۵ ± ۷.۹۰

بر اساس نتایج توصیفی جدول ۱، میانگین نمرات بیشتر مؤلفه‌های ناسازگار طرحواره‌های هیجانی در دو گروه گشتالت‌درمانی و معنادرمانی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافت و این کاهش در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شد. در مؤلفه منطقی بودن، که ماهیتی مثبت دارد، الگوی تغییر به صورت افزایش نمره در گروه‌های آزمایشی مشاهده شد. همچنین میانگین اجتناب تجربی در گروه



گشتالت‌درمانی از ۵۲.۳۰ در پیش‌آزمون به ۳۶.۴۵ در پس‌آزمون و ۳۸.۱۰ در پیگیری کاهش یافت و در گروه معنادرمانی نیز از ۵۱.۸۵ در پیش‌آزمون به ۳۴.۹۰ در پس‌آزمون و ۳۶.۲۰ در پیگیری رسید. در مقابل، در گروه کنترل تغییرات میانگین‌ها در طرحواره‌های هیجانی و اجتناب تجربی بسیار محدود بود و الگوی معناداری از بهبود مشاهده نشد. این الگوی توصیفی نشان می‌دهد که هر دو مداخله درمانی با کاهش طرحواره‌های هیجانی ناسازگار و اجتناب تجربی همراه بوده‌اند و اثرات ایجادشده در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است.

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های اصلی آزمون بررسی شد. نتایج بررسی چولگی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد توزیع نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌ها و مراحل سنجش از نرمالیت نسبی برخوردار است. همچنین نتایج آزمون لوین نشان‌دهنده همگنی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته بود و آزمون باکس نیز برابری ماتریس‌های کوواریانس را تأیید کرد. علاوه بر این، مفروضه کرویت با آزمون موچلی بررسی شد و نتایج نشان داد مفروضه تساوی واریانس تفاوت‌ها برقرار است. با توجه به تخصیص تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌ها، اجرای جداگانه مداخلات و کدگذاری مستقل داده‌ها، مفروضه استقلال مشاهدات نیز رعایت شد. بنابراین، داده‌ها شرایط لازم برای اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر و مقایسه روند تغییرات گروه‌ها در سه مرحله زمانی را داشتند.

جدول ۲

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثر تعامل زمان × گروه

متغیر	عامل	SS	df	MS	F	Sig	Eta ²
بی‌اعتمادی	زمان × گروه	۸۴۵.۳۲	۲	۴۲۲.۶۶	۴۵.۸۷	۰.۰۰۱	۰.۴۹
عدم درک	زمان × گروه	۸۷۲.۱۴	۲	۴۳۶.۰۷	۴۷.۱۲	۰.۰۰۱	۰.۵۱
احساس گناه	زمان × گروه	۹۱۰.۴۵	۲	۴۵۵.۲۲	۴۹.۳۰	۰.۰۰۱	۰.۵۳
ساده‌انگاری هیجان	زمان × گروه	۸۵۴.۷۰	۲	۴۲۷.۳۵	۴۶.۲۵	۰.۰۰۱	۰.۵۰
فاقد ارزشیابی	زمان × گروه	۸۹۶.۶۰	۲	۴۴۸.۳۰	۴۸.۱۰	۰.۰۰۱	۰.۵۲
فقدان کنترل	زمان × گروه	۹۵۵.۸۴	۲	۴۷۷.۹۲	۵۲.۴۴	۰.۰۰۱	۰.۵۶
کرختی	زمان × گروه	۸۲۰.۳۵	۲	۴۱۰.۱۷	۴۴.۶۲	۰.۰۰۱	۰.۴۸
منطقی‌بودن	زمان × گروه	۷۹۵.۶۲	۲	۳۹۷.۸۱	۴۲.۹۰	۰.۰۰۱	۰.۴۷
تداوم احساس	زمان × گروه	۸۶۸.۴۰	۲	۴۳۴.۲۰	۴۶.۹۸	۰.۰۰۱	۰.۵۰
هشیاری ضعیف	زمان × گروه	۸۴۱.۷۵	۲	۴۲۰.۸۷	۴۵.۶۰	۰.۰۰۱	۰.۴۹
عدم پذیرش	زمان × گروه	۹۲۴.۵۰	۲	۴۶۲.۲۵	۵۰.۸۵	۰.۰۰۱	۰.۵۴
نشخوار فکری	زمان × گروه	۹۸۸.۷۰	۲	۴۹۴.۳۵	۵۴.۹۰	۰.۰۰۱	۰.۵۸
اظهارگری ضعیف	زمان × گروه	۸۶۲.۱۰	۲	۴۳۱.۰۵	۴۶.۷۰	۰.۰۰۱	۰.۵۰
احساس شرم	زمان × گروه	۹۷۵.۸۵	۲	۴۸۷.۹۲	۵۳.۶۵	۰.۰۰۱	۰.۵۷
اجتناب تجربی	زمان × گروه	۳۴۵۰.۰۰	۲	۱۷۲۵.۰۰	۶۳.۷۵	۰.۰۰۱	۰.۵۷

نتایج جدول ۲ نشان داد اثر تعامل زمان × گروه در تمامی مؤلفه‌های طرحواره‌های هیجانی معنادار است. بنابراین، روند تغییر نمرات طرحواره‌های هیجانی در سه مرحله سنجش برای گروه‌های گشتالت‌درمانی، معنادرمانی و کنترل یکسان نبوده است. مقادیر F برای مؤلفه‌های طرحواره‌های هیجانی از ۴۲.۹۰ تا ۵۴.۹۰ متغیر بود و سطح معناداری در همه موارد برابر با ۰.۰۰۱ گزارش شد. اندازه اثر نیز در دامنه ۰.۴۷ تا ۰.۵۸ قرار داشت که بیانگر اثر بزرگ مداخلات بر تغییرات زمانی مؤلفه‌های طرحواره‌های هیجانی است. همچنین اثر تعامل زمان × گروه بر اجتناب تجربی معنادار بود، $F = ۶۳.۷۵$, $p = ۰.۰۰۱$, $Eta^2 = ۰.۵۷$ ، که نشان می‌دهد کاهش اجتناب تجربی در دو گروه آزمایشی در مقایسه



با گروه کنترل معنادار بوده است. در مجموع، نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که هر دو مداخله گشتالت‌درمانی و معنادرمانی در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود معنادار طرحواره‌های هیجانی و کاهش اجتناب تجربی شده‌اند.

جدول ۳

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه بین‌گروهی در مراحل سنجش

متغیر	مرحله سنجش	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig
بی‌اعتمادی	پیش‌آزمون	گشتالت - معنادرمانی	۰.۳۰	۱.۱۰	۰.۷۸۰
بی‌اعتمادی	پیش‌آزمون	گشتالت - کنترل	۰.۴۵	۱.۱۵	۰.۶۹۰
بی‌اعتمادی	پیش‌آزمون	معنادرمانی - کنترل	۰.۱۵	۱.۱۲	۰.۸۹۰
بی‌اعتمادی	پس‌آزمون	گشتالت - معنادرمانی	۰.۴۰	۰.۹۵	۰.۶۷۰
بی‌اعتمادی	پس‌آزمون	گشتالت - کنترل	۶.۸۵	۱.۲۰	۰.۰۰۱
بی‌اعتمادی	پس‌آزمون	معنادرمانی - کنترل	۶.۴۵	۱.۱۸	۰.۰۰۱
بی‌اعتمادی	پیگیری	گشتالت - معنادرمانی	۰.۳۵	۰.۹۲	۰.۷۲۰
بی‌اعتمادی	پیگیری	گشتالت - کنترل	۶.۶۰	۱.۱۵	۰.۰۰۱
بی‌اعتمادی	پیگیری	معنادرمانی - کنترل	۶.۲۵	۱.۱۲	۰.۰۰۱
عدم درک	پیش‌آزمون	گشتالت - معنادرمانی	۰.۲۵	۱.۰۸	۰.۸۲۰
عدم درک	پیش‌آزمون	گشتالت - کنترل	۰.۵۰	۱.۱۲	۰.۶۵۰
عدم درک	پیش‌آزمون	معنادرمانی - کنترل	۰.۲۵	۱.۱۰	۰.۸۱۰
عدم درک	پس‌آزمون	گشتالت - معنادرمانی	۰.۴۵	۰.۹۳	۰.۶۲۰
عدم درک	پس‌آزمون	گشتالت - کنترل	۶.۹۵	۱.۱۸	۰.۰۰۱
عدم درک	پس‌آزمون	معنادرمانی - کنترل	۶.۵۰	۱.۱۵	۰.۰۰۱
عدم درک	پیگیری	گشتالت - معنادرمانی	۰.۳۵	۰.۹۰	۰.۷۱۰
عدم درک	پیگیری	گشتالت - کنترل	۶.۷۰	۱.۱۲	۰.۰۰۱
عدم درک	پیگیری	معنادرمانی - کنترل	۶.۳۵	۱.۱۰	۰.۰۰۱
فقدان کنترل	پیش‌آزمون	گشتالت - معنادرمانی	۰.۳۰	۱.۰۸	۰.۷۸۰
فقدان کنترل	پیش‌آزمون	گشتالت - کنترل	۰.۵۵	۱.۱۵	۰.۶۲۰
فقدان کنترل	پیش‌آزمون	معنادرمانی - کنترل	۰.۲۵	۱.۱۲	۰.۸۱۰
فقدان کنترل	پس‌آزمون	گشتالت - معنادرمانی	۰.۴۵	۰.۹۵	۰.۶۳۰
فقدان کنترل	پس‌آزمون	گشتالت - کنترل	۷.۲۰	۱.۲۰	۰.۰۰۱
فقدان کنترل	پس‌آزمون	معنادرمانی - کنترل	۶.۷۵	۱.۱۸	۰.۰۰۱
فقدان کنترل	پیگیری	گشتالت - معنادرمانی	۰.۳۵	۰.۹۰	۰.۷۲۰
فقدان کنترل	پیگیری	گشتالت - کنترل	۷.۰۰	۱.۱۵	۰.۰۰۱
فقدان کنترل	پیگیری	معنادرمانی - کنترل	۶.۶۵	۱.۱۲	۰.۰۰۱
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	گشتالت - معنادرمانی	۰.۳۰	۱.۰۸	۰.۷۷۰
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	گشتالت - کنترل	۰.۵۵	۱.۱۵	۰.۶۲۰
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	معنادرمانی - کنترل	۰.۲۵	۱.۱۲	۰.۸۲۰
نشخوار فکری	پس‌آزمون	گشتالت - معنادرمانی	۰.۴۰	۰.۹۵	۰.۶۶۰
نشخوار فکری	پس‌آزمون	گشتالت - کنترل	۷.۳۰	۱.۲۰	۰.۰۰۱
نشخوار فکری	پس‌آزمون	معنادرمانی - کنترل	۶.۹۰	۱.۱۸	۰.۰۰۱
نشخوار فکری	پیگیری	گشتالت - معنادرمانی	۰.۳۵	۰.۹۰	۰.۷۱۰
نشخوار فکری	پیگیری	گشتالت - کنترل	۷.۱۰	۱.۱۵	۰.۰۰۱
نشخوار فکری	پیگیری	معنادرمانی - کنترل	۶.۷۵	۱.۱۲	۰.۰۰۱



احساس شرم	پیش‌آزمون	گشتالت - معنادرمانی	۰.۳۵	۱.۱۰	۰.۷۵۰
احساس شرم	پیش‌آزمون	گشتالت - کنترل	۰.۶۰	۱.۱۵	۰.۶۰۰
احساس شرم	پیش‌آزمون	معنادرمانی - کنترل	۰.۲۵	۱.۱۲	۰.۸۲۰
احساس شرم	پس‌آزمون	گشتالت - معنادرمانی	۰.۴۵	۰.۹۸	۰.۶۴۰
احساس شرم	پس‌آزمون	گشتالت - کنترل	۷.۲۰	۱.۲۰	۰.۰۰۱
احساس شرم	پس‌آزمون	معنادرمانی - کنترل	۶.۷۵	۱.۱۸	۰.۰۰۱
احساس شرم	پیگیری	گشتالت - معنادرمانی	۰.۳۵	۰.۹۲	۰.۷۰۰
احساس شرم	پیگیری	گشتالت - کنترل	۷.۰۰	۱.۱۵	۰.۰۰۱
احساس شرم	پیگیری	معنادرمانی - کنترل	۶.۶۵	۱.۱۲	۰.۰۰۱
اجتناب تجربی	پیش‌آزمون	گشتالت - معنادرمانی	۰.۴۵	۱.۹۰	۰.۸۳۵
اجتناب تجربی	پیش‌آزمون	گشتالت - کنترل	۰.۲۰	۱.۹۵	۰.۹۱۵
اجتناب تجربی	پیش‌آزمون	معنادرمانی - کنترل	۰.۲۵	۱.۹۲	۰.۸۹۰
اجتناب تجربی	پس‌آزمون	گشتالت - معنادرمانی	۱.۵۵	۱.۶۵	۰.۳۵۰
اجتناب تجربی	پس‌آزمون	گشتالت - کنترل	۱۴.۶۵	۱.۸۵	۰.۰۰۱
اجتناب تجربی	پس‌آزمون	معنادرمانی - کنترل	۱۶.۳۰	۱.۸۲	۰.۰۰۱
اجتناب تجربی	پیگیری	گشتالت - معنادرمانی	۱.۶۵	۱.۷۰	۰.۳۰۰
اجتناب تجربی	پیگیری	گشتالت - کنترل	۱۳.۱۰	۱.۹۰	۰.۰۰۱
اجتناب تجربی	پیگیری	معنادرمانی - کنترل	۱۵.۴۰	۱.۸۵	۰.۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌های گشتالت‌درمانی، معنادرمانی و کنترل در متغیرهای پژوهش وجود نداشت، زیرا سطح معناداری تمامی مقایسه‌ها بزرگ‌تر از ۰.۰۵ بود. این یافته نشان‌دهنده همگنی اولیه گروه‌ها پیش از اجرای مداخلات است. در مرحله پس‌آزمون، هر دو گروه گشتالت‌درمانی و معنادرمانی در مقایسه با گروه کنترل در مؤلفه‌های طرحواره‌های هیجانی و اجتناب تجربی تفاوت معنادار داشتند، به گونه‌ای که سطح معناداری در مقایسه هر یک از گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل برابر با ۰.۰۰۱ بود. با این حال، تفاوت بین دو گروه گشتالت‌درمانی و معنادرمانی در مرحله پس‌آزمون معنادار نبود و این امر نشان می‌دهد که اثربخشی دو رویکرد درمانی در سطح نسبتاً مشابهی قرار داشته است. در مرحله پیگیری نیز همین الگو تکرار شد؛ یعنی هر دو گروه آزمایشی همچنان نسبت به گروه کنترل تفاوت معنادار داشتند، اما تفاوت میان گشتالت‌درمانی و معنادرمانی معنادار نبود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله در بهبود طرحواره‌های هیجانی و کاهش اجتناب تجربی اثربخش بوده‌اند و این اثربخشی تا مرحله پیگیری حفظ شده است، اما هیچ‌یک از دو درمان نسبت به دیگری برتری آماری معناداری نشان نداده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گشتالت‌درمانی و معنادرمانی بر طرحواره‌های هیجانی و اجتناب تجربی در بیماران مبتلا به سرطان خون کلینیک مهرانه زنجان انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که هر دو مداخله گشتالت‌درمانی و معنادرمانی در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود معنادار مؤلفه‌های طرحواره‌های هیجانی و کاهش اجتناب تجربی شدند. همچنین، یافته‌ها نشان داد که اثر تعامل زمان و گروه در تمامی مؤلفه‌های طرحواره‌های هیجانی و نیز در متغیر اجتناب تجربی معنادار است؛ به این معنا که روند تغییرات در گروه‌های درمانی با گروه کنترل متفاوت بوده و تغییرات ایجادشده را می‌توان به اجرای مداخلات نسبت داد. نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان داد که تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری در دو گروه آزمایشی معنادار بود، اما تفاوت پس‌آزمون با پیگیری معنادار نشد؛ بنابراین، اثرات



درمانی هر دو مداخله تا مرحله پیگیری پایدار باقی ماند. از سوی دیگر، تفاوت معناداری بین گشتالت‌درمانی و معنادرمانی مشاهده نشد که نشان می‌دهد هر دو رویکرد در بهبود متغیرهای پژوهش اثربخشی نسبتاً مشابهی داشته‌اند.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که گشتالت‌درمانی و معنادرمانی موجب بهبود مؤلفه‌های طرحواره‌های هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان خون شدند. این یافته با پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی می‌توانند در بیماران مبتلا به سرطان به کاهش مشکلات هیجانی، بهبود تحمل پریشانی، ارتقای امید، تعدیل ادراک بیماری و افزایش خودکارآمدی منجر شوند (Hosseini et al., 2019; Rad et al., 2024; Talebi et al., 2025; Talebi et al., 2023). در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران مبتلا به سرطان خون معمولاً با تجربه‌هایی مانند ترس از پیشرفت بیماری، نگرانی نسبت به مرگ، خستگی درمانی، ابهام درباره آینده و وابستگی به مراقبت‌های پزشکی روبه‌رو هستند. این تجربه‌ها می‌توانند باورهای ناکارآمد درباره هیجان‌ها را فعال کنند؛ برای مثال، بیمار ممکن است اضطراب خود را نشانه ضعف، غم را نشانه شکست، یا ترس را غیرقابل کنترل تلقی کند. چنین باورهایی زمینه را برای تشدید طرحواره‌های هیجانی ناسازگار مانند عدم پذیرش، احساس شرم، فقدان کنترل، نشخوار فکری و تداوم احساس فراهم می‌سازد. گشتالت‌درمانی از طریق افزایش آگاهی نسبت به تجربه زمان حال، تشویق بیمار به ماندن با احساس، تقویت تماس با هیجان‌های سرکوب‌شده و پذیرش مسئولیت تجربه‌های درونی، می‌تواند این الگوهای ناسازگار را به سطح آگاهی بیاورد و امکان بازسازمان‌دهی آن‌ها را فراهم کند. معنادرمانی نیز از طریق بازنگری در معنای رنج، تقویت مسئولیت‌پذیری وجودی و کمک به بیمار برای یافتن هدف در شرایط دشوار، می‌تواند ارزیابی فرد از هیجان‌های دردناک را تغییر دهد و از شدت طرحواره‌های هیجانی منفی بکاهد.

این یافته همچنین با مطالعاتی همخوان است که نشان داده‌اند درمان‌های طرحواره‌محور و مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان مبتلا به سرطان پستان، بر بدن‌تنظیمی هیجانی، انسجام درونی، اضطراب مرگ و پریشانی هیجانی اثر معنادار داشته‌اند (Eskandarpour et al., 2023; Ghayour et al., 2022; Mirbagheri et al., 2022). همسویی یافته حاضر با این مطالعات نشان می‌دهد که اگرچه نوع سرطان و زمینه بالینی بیماران ممکن است متفاوت باشد، اما سازوکارهای هیجانی در بسیاری از بیماران سرطانی از الگوی مشترکی پیروی می‌کند. به بیان دیگر، بیماری سرطان با فعال‌سازی تهدیدهای وجودی، جسمانی و بین‌فردی، زمینه‌ساز شکل‌گیری یا تشدید هیجان‌های دردناک و باورهای ناکارآمد درباره این هیجان‌ها می‌شود. زمانی که مداخله روان‌شناختی بتواند به بیمار کمک کند هیجان‌های خود را نه به‌عنوان تهدید، بلکه به‌عنوان بخشی قابل فهم از تجربه بیماری بپذیرد، احتمال کاهش طرحواره‌های هیجانی ناسازگار افزایش می‌یابد. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با شواهدی سازگار است که بر اهمیت طرحواره‌ها و الگوهای شناختی - هیجانی ناسازگار در پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی و بین‌فردی تأکید کرده‌اند (Hicks et al., 2026; Shooa Kazemi et al., 2026). بنابراین، بهبود طرحواره‌های هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان خون می‌تواند نه تنها به کاهش پریشانی فردی، بلکه به بهبود ارتباط بیمار با خانواده، کادر درمان و محیط حمایتی نیز کمک کند.

یافته دوم پژوهش نشان داد که هر دو مداخله گشتالت‌درمانی و معنادرمانی به کاهش معنادار اجتناب تجربی منجر شدند. این نتیجه با پژوهش‌هایی همسو است که اجتناب تجربی را سازه‌ای مهم در تداوم پریشانی روان‌شناختی، بدن‌تنظیمی هیجان، نشخوار فکری و مشکلات سازگاری معرفی کرده‌اند (Mardani et al., 2022; Nazari et al., 2022; Sedighi Arfaee et al., 2021). همچنین، مطالعات انجام‌شده در حوزه بیماری‌های جسمانی و سرطان نشان داده‌اند که کاهش اجتناب تجربی می‌تواند با بهبود سازگاری روان‌شناختی، خودشفقت‌ورزی، تحمل پریشانی و کاهش نشانه‌های هیجانی همراه باشد (Ghayour et al., 2022; Mousapour et al., 2022; Rahmani et al., 2024). در تبیین این یافته باید گفت اجتناب تجربی در بیماران مبتلا به سرطان خون می‌تواند به صورت تلاش برای فرار از افکار مربوط به مرگ، سرکوب ترس از آینده، انکار نگرانی‌های درمانی، اجتناب از گفت‌وگو درباره بیماری یا حواس‌پرتی مداوم از احساسات دردناک ظاهر شود. هرچند این شیوه‌ها در



کوتاه‌مدت از شدت ناراحتی می‌کاهند، اما در بلندمدت مانع پردازش هیجانی و پذیرش واقعیت بیماری می‌شوند. گشتالت‌درمانی دقیقاً بر نقطه مقابل این فرایند عمل می‌کند؛ یعنی بیمار را به تماس مستقیم با هیجان، بدن، نیازها و تجربه اکنون دعوت می‌کند. فنونی مانند صندلی خالی، ماندن با احساس، بزرگ‌نمایی و واژگون‌سازی به بیمار کمک می‌کند به جای فرار از تجربه‌های درونی، آن‌ها را مشاهده، بیان و یکپارچه کند. از این رو، کاهش اجتناب تجربی در گروه گشتالت‌درمانی از نظر نظری قابل انتظار است.

از سوی دیگر، معنادرمانی نیز می‌تواند با کاهش اجتناب تجربی مرتبط باشد، زیرا این رویکرد به بیمار کمک می‌کند به جای گریز از رنج، آن را در چارچوبی معنادار بازتفسیر کند. در بیماران مبتلا به سرطان خون، مواجهه با درد، محدودیت، وابستگی، مرگ‌آگاهی و تغییر نقش‌های زندگی ممکن است به اجتناب از افکار و هیجان‌های دشوار منجر شود. معنادرمانی با تأکید بر آزادی انتخاب نگرش، مسئولیت‌پذیری و امکان یافتن معنا در رنج، بیمار را از موضع انفعالی و اجتنابی به سمت موضع فعال و معناجو هدایت می‌کند. در چنین شرایطی، بیمار ممکن است تجربه بیماری را نه صرفاً عاملی برای فروپاشی روانی، بلکه موقعیتی برای بازنگری در ارزش‌ها، روابط، اهداف و اولویت‌های زندگی تلقی کند. این تبیین با شواهدی همسو است که نشان داده‌اند اجتناب تجربی در پیوند با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سازگاری با فقدان و پیامدهای هیجانی ناشی از سرطان نقش مهمی دارد (Stone et al., 2024). همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهشی همخوان است که رابطه طرحواره‌های هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی را با نقش میانجی اجتناب تجربی نشان داده و بر اهمیت این متغیر در فرایندهای هیجانی تأکید کرده است (Abdollahpour et al., 2025). بنابراین، کاهش اجتناب تجربی می‌تواند یکی از سازوکارهای مرکزی اثرگذاری هر دو مداخله بر سلامت روان بیماران باشد.

یافته سوم پژوهش نشان داد که بین اثربخشی گشتالت‌درمانی و معنادرمانی تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته نشان می‌دهد که هر دو رویکرد، اگرچه از مبانی نظری متفاوتی برخوردارند، اما احتمالاً از مسیرهای درمانی همپوشان بر متغیرهای پژوهش اثر گذاشته‌اند. گشتالت‌درمانی از مسیر تجربه مستقیم، تماس هیجانی، آگاهی بدنی و پذیرش مسئولیت عمل می‌کند؛ در حالی که معنادرمانی از مسیر معناجویی، بازسازی نگرش، پذیرش رنج و جهت‌گیری هدفمند به زندگی اثر می‌گذارد. با وجود این تفاوت‌ها، هر دو درمان می‌توانند به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اجتناب و اصلاح رابطه فرد با تجربه‌های درونی منجر شوند. همسویی این یافته با پژوهش‌هایی قابل مشاهده است که اثربخشی گشتالت‌درمانی یا بسته‌های تلفیقی مبتنی بر گشتالت را بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان نشان داده‌اند (Abd Alrazaq et al., 2023; Mokri Vala et al., 2022). همچنین، تأکید گشتالت‌درمانی بر بدنمندی، تماس و میدان رابطه‌ای در بیماران دارای نشانه‌های جسمانی می‌تواند برای بیماران سرطانی که تجربه بیماری را همزمان در بدن و روان احساس می‌کنند، اهمیت بالینی ویژه‌ای داشته باشد (Cannavò & Davì, 2025).

نبود تفاوت معنادار میان دو مداخله را می‌توان از زاویه دیگری نیز تحلیل کرد. بیماران مبتلا به سرطان خون، علاوه بر آشفتگی هیجانی، با پرسش‌های وجودی و معنایی نیز مواجه‌اند. بنابراین، مداخله‌ای که بر تجربه مستقیم هیجان‌ها تمرکز دارد و مداخله‌ای که بر معنای رنج و مسئولیت زندگی تأکید می‌کند، ممکن است هر دو به نیازهای بنیادی این بیماران پاسخ دهند. گشتالت‌درمانی به بیمار کمک می‌کند آنچه را در درون تجربه می‌کند، آگاهانه‌تر و اصیل‌تر ببیند؛ معنادرمانی نیز کمک می‌کند همان تجربه‌ها را در افقی معنادارتر قرار دهد. از این جهت، دو درمان ممکن است نه رقیب، بلکه دو مسیر متفاوت برای رسیدن به هدفی مشابه باشند: افزایش پذیرش، کاهش اجتناب و بازسازی رابطه بیمار با هیجان، بدن، رنج و آینده. پژوهش‌های مربوط به درمان‌های تجربه‌محور و طرحواره‌محور نیز نشان داده‌اند که تغییر در الگوهای عاطفی و شناختی می‌تواند از مسیرهای درمانی مختلف حاصل شود (Veisi et al., 2026; Wan-Vermeer et al., 2024). بنابراین، عدم برتری یکی از مداخلات بر دیگری را می‌توان نشانه‌ای از ظرفیت درمانی هر دو رویکرد دانست، نه ضعف آن‌ها.



پایداری اثرات درمانی در مرحله پیگیری نیز از یافته‌های مهم پژوهش حاضر بود. نتایج نشان داد که تفاوت پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایشی معنادار نبود، در حالی که تفاوت پیش‌آزمون با پیگیری همچنان معنادار باقی ماند. این الگو نشان می‌دهد که تغییرات ایجادشده پس از پایان جلسات درمانی تا سه ماه بعد حفظ شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت هر دو مداخله صرفاً بر کاهش نشانه‌ها تمرکز نداشتند، بلکه بر تغییر شیوه مواجهه بیمار با هیجان‌ها، رنج و تجربه بیماری تأکید کردند. چنین تغییراتی می‌توانند پایدارتر از مداخلاتی باشند که فقط بر کنترل فوری علائم تمرکز دارند. گشتالت‌درمانی با افزایش آگاهی و مسئولیت‌پذیری، به بیمار مهارتی می‌دهد که در موقعیت‌های بعدی نیز قابل استفاده است. معنادرمانی نیز با کمک به بازسازی معنا و ارزش‌های زندگی، منبعی پایدار برای تحمل دشواری‌ها و ادامه مسیر درمان فراهم می‌کند. همسویی این یافته با پژوهش‌هایی که اثرات پیگیری مداخلات فراتشخیصی، طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان‌های هیجانی را در بیماران سرطانی گزارش کرده‌اند، اهمیت تداوم دستاوردهای درمانی را تأیید می‌کند (Ghayour et al., 2022; Mirbagheri et al., 2022; Talebi et al., 2025).

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که گشتالت‌درمانی و معنادرمانی هر دو می‌توانند به‌عنوان مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای بیماران مبتلا به سرطان خون مورد استفاده قرار گیرند. اثربخشی این دو مداخله بر طرحواره‌های هیجانی نشان می‌دهد که تغییر در باورهای بیماران درباره هیجان‌ها و افزایش پذیرش تجربه‌های درونی، نقش مهمی در سازگاری روان‌شناختی با بیماری دارد. همچنین، کاهش اجتناب تجربی نشان می‌دهد که این درمان‌ها می‌توانند بیماران را از الگوهای فرار، سرکوب و انکار به سمت مواجهه آگاهانه‌تر با هیجان‌ها و واقعیت بیماری هدایت کنند. نبود تفاوت معنادار میان دو درمان نیز بیانگر آن است که انتخاب میان گشتالت‌درمانی و معنادرمانی می‌تواند بر اساس ویژگی‌های فردی بیمار، ترجیحات درمانگر، آمادگی روان‌شناختی بیمار، نیازهای وجودی یا هیجانی و شرایط اجرایی مرکز درمانی انجام شود. بر این اساس، یافته‌های پژوهش حاضر از کاربرد مداخلات انسان‌گرایانه، تجربه‌محور و معناگرا در کنار درمان‌های پزشکی بیماران مبتلا به سرطان خون حمایت می‌کند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، محدود بودن نمونه به بیماران مبتلا به سرطان خون مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی، حجم نمونه نسبتاً محدود و اتکا به ابزارهای خودگزارشی اشاره کرد. همچنین، اگرچه مرحله پیگیری سه‌ماهه امکان بررسی پایداری نسبی اثرات درمانی را فراهم کرد، اما برای نتیجه‌گیری درباره پایداری بلندمدت مداخلات کافی نیست. از سوی دیگر، شرایط جسمانی بیماران، تفاوت در شدت بیماری، نوع درمان پزشکی، میزان حمایت خانوادگی، وضعیت اقتصادی و مرحله بیماری می‌توانست بر پاسخ‌دهی آنان به مداخلات اثر بگذارد و کنترل کامل این عوامل در پژوهش حاضر امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های طولی با دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله استفاده شود تا پایداری واقعی اثرات گشتالت‌درمانی و معنادرمانی در بیماران مبتلا به سرطان خون روشن‌تر شود. همچنین، انجام پژوهش‌های مشابه با حجم نمونه بزرگ‌تر، نمونه‌گیری تصادفی، مقایسه با سایر درمان‌های روان‌شناختی و بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، امید، خودشفقت‌ورزی، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و معنای زندگی می‌تواند به شناخت دقیق‌تر سازوکار اثرگذاری این مداخلات کمک کند. علاوه بر این، طراحی و آزمون بسته‌های تلفیقی مبتنی بر گشتالت‌درمانی و معنادرمانی می‌تواند مسیر ارزشمندی برای توسعه مداخلات تخصصی‌تر در حوزه روان‌درمانی بیماران سرطانی باشد.

از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی و حمایتی فعال در حوزه سرطان، خدمات روان‌شناختی ساختاریافته را به‌عنوان بخشی از مراقبت جامع بیماران در نظر بگیرند. اجرای گروه‌های گشتالت‌درمانی و معنادرمانی می‌تواند به بیماران کمک کند با هیجان‌های دشوار، ترس از آینده، احساس درماندگی و اجتناب از تجربه‌های درونی به شیوه‌ای سازگارانه‌تر مواجه شوند. همچنین، آموزش درمانگران و مشاوران مراکز



سرطان در زمینه مداخلات تجربه‌محور و معناگرا می‌تواند کیفیت مراقبت روان‌شناختی از بیماران را ارتقا دهد. توصیه می‌شود انتخاب مداخله بر اساس ارزیابی اولیه وضعیت روان‌شناختی، نیازهای هیجانی، دغدغه‌های معنایی و ترجیحات شخصی بیمار انجام شود تا مداخله درمانی با شرایط فردی و فرهنگی بیمار هماهنگی بیشتری داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Abd Alrazaq, A. A. A., Fadhil, A. A., Hameed, N. M., Alsaadi, A. A., Hussein, S. F., & Kadhum, N. A. D. (2023). Comparing the effectiveness of positive psychology and gestalt therapy on psychological well-being of patients with lung cancer. *Int J Body Mind Culture*, 9(sp), 22-33. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=23455802&AN=162621247&h=gnjZWxLZNA%2Br%2Fj0T4%2BznLRTIQsOjtwrZrwJ3e%2FxB4FId43LoBkJTjubx4uMaOijj1HXV7XDjHTmJTH7odyuGNw%3D%3D&crl=c>
- Abdollahpour, S., Dehghani Arani, F., & Farahani, H. (2025). The relationship between emotional schemas and intolerance of uncertainty with the mediating role of experiential avoidance in women. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(1), 99-113. https://japr.ut.ac.ir/article_100230.html?lang=en
- Cannavò, M., & Davì, S. (2025). Gestalt therapy and somatic symptom disorder: Clinical reflections on embodiment, contact, and relational field. *The Journal of Humanistic Counseling*. <https://doi.org/10.1002/johc.70025>
- Eskandarpour, H., Taghikhani, R., & Sarmadi Soltan, V. (2023). The effectiveness of mindfulness-based schema therapy on emotional dysregulation and internal cohesion in women with breast cancer. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 2(1), 3-19. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.2.3.8>
- Ghayour, K. F., Shahhabizadeh, F., Safara, M., & Shahidsales, S. (2022). The Effectiveness of Transdiagnostic Intervention and Schema Therapy Based on Mindfulness on Emotional Distress and Experiential Avoidance in Patients With Breast

- Cancer. https://jdisabilstud.org/browse.php?a_id=2792&slc_lang=fa&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
- Hicks, T., Johnson, L., & Miller, R. (2026). Schema Modes and Relationship Conflict: Cognitive Emotional Predictors of Romantic Instability. *Journal of marital and family therapy*, 52(1), 88-103.
- Hosseini, M., Ahadi, H., Jamhari, F., Kraskian Mujembari, A., & Ahadi, M. (2019). Investigating the effectiveness of group therapy for emotional schemas on pain and depression in cancer patients. *Quarterly Journal of Psychological Models and Methods*, 10(35), 119-135. <https://www.sid.ir/paper/227596/en>
- Mardani, A., Aali Mohammadi, A., & Mahmoudi Tabar, M. (2022). The structural relationship of emotional schemas and experiential avoidance with self-injurious behaviors: The mediating role of smartphone addiction. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (Psychology Studies)*, 11(7), 145-154. https://frooyesh.ir/browse.php?a_id=3706&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
- Mirbagheri, S. R., Khosravi, S., & Akrami, M. (2022). Investigating the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional distress in patients with breast cancer. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 9(5), 16-28. <https://doi.org/10.32598/shenakht.9.5.16>
- Mokri Vala, M., Farahbakhsh, K., Salimi Bajestani, H., & Younesi Boroujeni, J. (2022). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy With an Integrated Package of Gestalt Therapy and Cognitive-behavioral Therapy on the Self-efficacy of Women With Breast Cancer [Research]. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 8(1), 51-58. <https://doi.org/10.32598/jccnc.8.1.408.1>
- Mousapour, M., Sadeghi, F., & Mirzaei, H. (2022). The Effectiveness of Mindfulness Training on Experiential Avoidance, Self-Compassion, and Physiological Indicators in Women with Breast Cancer. Sixth International Conference on Global Studies in Educational Sciences, Psychology, and Counseling, Tehran.
- Nazari, F., Gharaei, B., & Zahedi Tajrishi, K. (2022). The Mediating Role of Emotion Dysregulation, Experiential Avoidance, and Rumination in the Relationship between Emotional Schemas and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 28(4), 466-479.
- Rad, M. R., Khalatbari, J., Nasehi, M., & Asadollah, S. (2024). Effectiveness of Therapy Based on Group Emotional Schema on the Resilience and Self-Efficacy in People with Cancer. *Journal of Cancer Research*. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1686_844fb589e4ff928878b2cddc6e0cb004.pdf
- Rahmani, M., Jalali, M., Pourahmadi, E., & Abdolsamad, N. (2024). The effectiveness of schema therapy on emotional symptoms, lifestyle and experiential avoidance in Meniere's patients. *Nurse and Physician in War*, 12(44), 20-27. <https://doi.org/10.32598/nurseandphysicianinwar.12.44.20>
- Sedighi Arfaee, F., Rashidi, A., & Tabesh, R. (2021). The Distress Tolerance in the Elderly: The Role of Experiential Avoidance, Rumination and Mindfulness. *Aging Psychology*, 7(1), 12-11. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6108.1498>
- Shoaa Kazemi, M., Hamamra, B., Hosseini, S., Bdier, D., & Mahamid, F. (2026). Predicting Marital Infidelity Based on Incompatible Mental Schemas and Emotional Divorce in Women Referring to Counseling Centers in Iran. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/15332640.2026.2631710>
- Stone, M., McDonald, F. E. J., Kangas, M., Sherman, K. A., & Allison, K. R. (2024). Bereavement Guilt Among Young Adults Impacted by Caregivers' Cancer: Associations With Attachment Style, Experiential Avoidance, and Psychological Flexibility. *Palliative & Supportive Care*, 22(6), 1998-2006. <https://doi.org/10.1017/s1478951524000932>
- Talebi, G., Bagherian-Sararoudi, R., Rezaei Jamaloui, H., Oreyzi, H., & Bagherian-Sararoudi, P. (2025). The Effectiveness Of Emotional Schema Therapy On Hope And Illness Perception In Women With Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 23(2), 371-381.
- Talebi, G., Rezaei, J. H., Bagherian, S. R., & Oreyzi, H. (2023). Effectiveness of emotional schema therapy on death attitude and distress tolerance of breast cancer patients.
- Veisi, S., Bahrami, A., Ghaffari, M., Ahmadifar, M., Ramezanpour, A., & Pourmohammad Ghouchani, K. (2026). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Interventions Focused on Intolerance of Uncertainty on Referential Thoughts, Thought-Action Fusion, and Cognitive Avoidance in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Cognition, Behavior, Learning*, 1-12. <https://journalcbl.com/index.php/jcbl/article/view/384>
- Wan-Vermeer, R., Bouwmeester, S., & Starrenburg, A. (2024). Brief individual experiential schema therapy in adult outpatients with cluster C personality disorders: Does it work? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), e2948. <https://doi.org/10.1002/cpp.2948>