

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Dimensions of Posttraumatic Growth in Students with the Experience of Romantic Breakup

1. Maryam Parsaei : PhD Student, Department of Psychology, Yas.C., Islamic Azad University, Yasuj, Iran

2. Mohammad Malekzadeh *: Associate Professor, Yasuj University of Medical Sciences, Social Determinants of Health Research Center, Yasuj, Iran.

3. Alireza Maredpour^{ORCID}: Assistant Professor, Department of Psychology, Yas.C., Islamic Azad University, Yasuj, Iran

***Corresponding Author's Email Address: malekzadeh@yums.ac.ir**



Abstract:

Objective: The present study aimed to compare the effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on dimensions of post-traumatic growth in students with a history of emotional breakup.

Methods and Materials: This was a quasi-experimental study with a three-group, three-stage design (pretest, posttest, and two-month follow-up). The statistical population consisted of university students who had experienced emotional failure and were referred to the Counseling Center of Shiraz University of Medical Sciences in 2022. Forty-five students were purposefully selected and randomly assigned to three groups: Schema Therapy, ACT, and control (15 in each). Data collection tools included the Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI) and the Love Trauma Inventory. Each intervention group received ten 60-minute sessions. Data were analyzed using repeated measures ANOVA, MANCOVA, and Bonferroni post hoc tests.

Findings: The results indicated significant differences between groups in the posttest and follow-up stages across all dimensions of post-traumatic growth, including change in life priorities, relationships with others, spiritual connection, new possibilities, and personal strength ($p < 0.01$). Both intervention groups were significantly more effective than the control group. Additionally, the ACT group outperformed the Schema Therapy group specifically in the "new possibilities" dimension.

Conclusion: The findings suggest that both Schema Therapy and ACT are effective in promoting post-traumatic growth among students with emotional trauma, with ACT showing greater effectiveness in certain emotional domains.

Keywords: Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Post-Traumatic Growth, Emotional Breakup.

How to Cite: Parsaei, M., Malekzadeh, M., & Maredpour, A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Dimensions of Posttraumatic Growth in Students with the Experience of Romantic Breakup. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 2(4), 1-18.

Received: 08 October 2024

Revised: 02 February 2025

Accepted: 08 February 2025

Published: 31 December 2025



Copyright: © 2025 by the authors.

Published under the terms and
conditions of Creative Commons
Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد رشد پس آسیمی در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی

۱. مریم پارسایی[✉]: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران

۲. محمد ملک زاده[✉]: دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، یاسوج، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. علیرضا ماردپور[✉]: استادیار، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: malekzadeh@yums.ac.ir

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ابعاد رشد پس آسیمی در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی بود.

مواد و روش: این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع سه گروهی با سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه) بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۴۰۱ بود. ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه طرحواره درمانی، ACT و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه رشد پس آسیمی تدسکی و کالهن و پرسشنامه ضربه عشق بود. مداخلات در قالب ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای اجرا شد. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های تحلیل واریانس با سنجش مکرر، مانکوا و آزمون تعقیبی بنفرونی انجام گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد بین گروه ها در مراحل پس آزمون و پیگیری در مؤلفه های رشد پس آسیمی شامل تغییر در اولویت های زندگی، روابط با دیگران، نزدیکی به قدرت معنوی، احساسات تازه و توانمندی های شخصی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.01$). همچنین هر دو گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معناداری اثربخش تر بودند و در مؤلفه احساسات تازه، گروه ACT عملکرد بهتری نسبت به گروه طرحواره درمانی نشان داد.

نتیجه گیری: یافته ها نشان می دهد هر دو رویکرد درمانی طرحواره درمانی و ACT در ارتقاء رشد پس آسیمی در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی مؤثرند، اما ACT در برخی ابعاد مانند احساسات تازه اثربخشی بیشتری دارد.

کلیدواژگان: طرحواره درمانی، درمان پذیرش و تعهد، رشد پس آسیمی، شکست عاطفی.

نحوه استناددهی: پارسایی، مریم، ملک زاده، محمد، و ماردپور، علیرضا. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد رشد پس آسیمی در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۲(۴)، ۱۸-۱.



تاریخ دریافت: ۱۷ مهر ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۴ بهمن ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۰ بهمن ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۱۰ دی ۱۴۰۴



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Emotional failure resulting from romantic breakups has become a common psychological challenge among young adults, especially university students. The emotional

intensity of such experiences can lead to a cascade of psychological symptoms, including anxiety, depression, obsessive thoughts, identity confusion, and diminished personal worth (Ebrahimi et al., 2023; Marashian & Shahbazi, 2023). In some cases, emotional trauma of this

nature may evolve into a love trauma syndrome, which shares features with post-traumatic stress and can impair social, academic, and relational functioning. However, recent shifts in trauma-related psychology have brought attention to *post-traumatic growth* (PTG), a concept that suggests individuals may experience positive psychological transformation following adversity by reevaluating life priorities, cultivating inner strength, forming deeper relationships, and finding meaning in suffering (Ezzatpanah & Latifi, 2019; Kazemipour et al., 2021).

Post-traumatic growth is not an automatic process and typically requires structured therapeutic intervention to unfold. Two therapeutic approaches that have shown promise in fostering PTG are Schema Therapy (ST) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Schema Therapy, grounded in cognitive-behavioral and psychodynamic traditions, aims to identify and modify early maladaptive schemas that drive dysfunctional emotional and behavioral patterns (Aliaskari, 2024; Alokandeh, 2024). Studies suggest that ST effectively reduces emotional dysregulation, core maladaptive beliefs, and relational dysfunctions, especially in individuals with depressive and anxiety disorders (Barooti et al., 2024; Ghasemkhanloo et al., 2022). The schema mode model, particularly its emphasis on the "healthy adult" mode, is known to restore internal cohesion and promote resilience after relational trauma (Yakin & Arntz, 2023; Yin et al., 2022a).

In contrast, ACT emphasizes psychological flexibility through acceptance of internal experiences, mindfulness, and committed action aligned with personal values. This approach helps individuals disengage from unproductive cognitive content and instead focus on behaviors that enhance well-being and purpose (Ezzatpanah & Latifi, 2019; Omidbeygi et al., 2020). ACT is particularly effective in addressing avoidance patterns and rumination, both of which are prevalent in those coping with romantic loss. It has been successfully applied in cases of grief, chronic illness, and trauma, promoting components of PTG such as life

appreciation and spiritual change (Hepworth, 2025; Kim & Кадыров, 2022).

Although both therapies are rooted in different conceptual frameworks—ST focusing on developmental cognitive-emotional restructuring and ACT promoting experiential acceptance—they both target core components of trauma recovery. Comparative studies show that while Schema Therapy may be more effective in transforming long-standing identity patterns, ACT often excels in promoting behavioral activation and emotional openness (Khandabi et al., 2024; Moghaddam et al., 2023). Some research also indicates that ACT's mechanisms of defusion and values-based action are particularly beneficial for enhancing post-traumatic growth indicators such as emotional openness and meaning-making (Seidyousefi et al., 2024; Soleimani et al., 2024).

Considering the increasing psychological vulnerability of students experiencing emotional failures, this study aimed to compare the effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in promoting post-traumatic growth among this demographic. By evaluating changes in PTG dimensions—such as personal strength, spiritual change, new possibilities, appreciation of life, and improved relationships—this study sought to identify the relative efficacy and durability of these two widely used therapeutic interventions.

Methods and Materials

This research employed a quasi-experimental design with three groups (Schema Therapy, ACT, and control) and three measurement phases (pretest, posttest, and two-month follow-up). The study population consisted of university students who had experienced emotional failure and were referred to the counseling center of Shiraz University of Medical Sciences in 2022. Participants were selected using purposive sampling and screened based on inclusion and exclusion criteria related to age, trauma duration, and psychological health.

A total of 45 participants were randomly assigned to one of the three groups (15 per group). The intervention groups

received 10 weekly sessions of 60 minutes each. The Schema Therapy protocol followed the structure by Young et al., including cognitive, emotional, and behavioral techniques. The ACT intervention was structured based on Hayes et al.'s model and included mindfulness, cognitive defusion, acceptance, and values clarification exercises. The control group received no intervention during the study period. The Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI) by Tedeschi and Calhoun was used to assess the five dimensions of PTG. Data were analyzed using repeated measures ANOVA, multivariate analysis of covariance (MANCOVA), and Bonferroni post hoc tests to evaluate within- and between-group differences.

Findings

The results indicated significant improvements in all dimensions of post-traumatic growth for both intervention groups compared to the control group at both posttest and follow-up phases ($p < 0.01$). Specifically, the Schema Therapy group showed significant increases in personal strength, relational improvement, and spiritual change from pretest to follow-up. Similarly, the ACT group demonstrated strong gains in appreciation of life, emotional openness (new possibilities), and spiritual change. Bonferroni post hoc comparisons showed no significant difference between the two intervention groups in most PTG dimensions, except for the "new possibilities" subscale, where the ACT group outperformed the Schema Therapy group.

Repeated measures ANOVA results confirmed the sustainability of treatment effects in both intervention groups over the two-month follow-up. The control group, by contrast, showed no significant improvement in any PTG dimension, and some of the initial posttest gains regressed by follow-up. Effect sizes (Eta squared) for within-group differences were large in both treatment groups, especially in the dimensions of emotional openness, spiritual connection, and personal empowerment.

Discussion and Conclusion

The findings of this study demonstrate that both Schema Therapy and ACT are effective therapeutic approaches for

enhancing post-traumatic growth in students who have experienced emotional failure. The results align with previous literature indicating that ST can successfully transform maladaptive schemas developed from early unmet emotional needs, allowing individuals to reframe traumatic relational events and regain a sense of control, self-worth, and connectedness. ACT, on the other hand, supports individuals in reframing their emotional suffering through acceptance, mindfulness, and value-driven action, thereby enabling the emergence of emotional flexibility and psychological resilience.

The observed superiority of ACT in fostering the "new possibilities" dimension of PTG can be interpreted in light of its emphasis on present-moment awareness and committed action. These core processes empower individuals to redefine themselves outside of their trauma narratives and pursue new goals, relationships, or perspectives. While ST facilitates deep cognitive-emotional restructuring, its impact on behavioral change may be less immediate than ACT, which directly targets action and values implementation.

Nevertheless, the similarities in effectiveness between the two therapies highlight their complementary strengths in trauma recovery. ST is particularly beneficial in resolving entrenched emotional schemas that perpetuate distress following relational loss, while ACT enhances openness to experience and encourages the integration of difficult emotions into meaningful life pursuits. Together, these findings suggest that both therapeutic modalities can play crucial roles in post-traumatic recovery, especially when tailored to the specific cognitive-emotional profile of the individual.

In conclusion, integrating Schema Therapy and ACT in clinical practice for emotionally distressed students offers a robust strategy for fostering long-term psychological well-being. The current study contributes to the growing body of research emphasizing the transformative potential of structured psychotherapies in promoting not only symptom reduction but also positive psychological growth. Given the

high prevalence of emotional trauma among young adults, mental health services in university settings should consider

adopting evidence-based interventions like ST and ACT to address this critical need.

مقدمه

طرحواره‌درمانی به‌ویژه در افرادی که الگوهای عمیق و پایدار از خودکم‌بینی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی و نقص‌پذیری دارند، مؤثر واقع شده است (Yakin & Arntz, 2023; Yin et al., 2022a). این درمان نه تنها به تغییر شناخت‌های منفی کمک می‌کند بلکه با فعال‌سازی حالت بزرگسال سالم، به بازسازی سیستم انگیزشی و معنایی افراد نیز کمک می‌نماید (Yin et al., 2022b). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که این رویکرد با افزایش تاب‌آوری هیجانی و بهبود خودشفقتی، زمینه‌های لازم برای رشد پس‌آسیبی را فراهم می‌کند (Keyvanlo et al., 2022; Nezami et al., 2022).

در مقابل، رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) نیز در سال‌های اخیر به‌عنوان درمانی مؤثر برای آسیب‌های هیجانی شناخته شده است. این رویکرد با محور قرار دادن پذیرش تجربه‌های هیجانی، فاصله‌گیری شناختی، تمرکز بر لحظه حال و تعهد به ارزش‌ها، به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب هیجانی منجر می‌شود (Ezzatpanah & Latifi, 2019; Omidbeygi et al., 2020). در واقع، ACT به افراد کمک می‌کند تا بدون سرکوب یا کنترل افراطی افکار و هیجانات ناخوشایند، مسیر زندگی معنادار خود را دنبال کنند؛ امری که با اصول رشد پس‌آسیبی همسو است (Hepworth, 2025; Kim & Кадыров, 2022).

یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در ارتقاء مؤلفه‌های رشد پس‌آسیبی مانند قدردانی از زندگی، معنویت، قدرت درونی و بازسازی روابط بین‌فردی مؤثر باشد (Amiri et al., 2024; Kazemipour et al., 2021). در پژوهش‌هایی که این رویکرد را در زمینه‌های آسیب‌زا مانند سرطان، سوگ، اختلال استرس پس از سانحه و حتی روابط شکست‌خورده به‌کار برده‌اند، نتایج مثبتی در زمینه کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش رشد شخصی گزارش شده است (Hatkeposhti et al., 2022; Moghaddam et al., 2023).

شکست‌های عاطفی و رمانتیک از جمله تجربیات روان‌شناختی هستند که می‌توانند تأثیرات گسترده‌ای بر سلامت روانی و عملکرد شناختی و هیجانی افراد به‌ویژه در دوره جوانی بر جای گذارند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که تجربه قطع رابطه عاطفی می‌تواند منجر به نشانگان ضربه عشق، اضطراب، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی شود و برخی از این پیامدها در صورت عدم مداخله مؤثر می‌توانند مزمن شده و حتی موجب ایجاد اختلالات شخصیت، افکار خودزنی یا اعتیاد عاطفی شوند (Ebrahimi et al., 2023; Marashian & Shahbazi, 2023). در عین حال، در حوزه روان‌شناسی مثبت‌گرا، توجه فزاینده‌ای به مفهوم «رشد پس‌آسیبی» به‌عنوان فرایندی سازنده پس از تجربه آسیب روانی معطوف شده است. رشد پس‌آسیبی به معنای ایجاد تغییرات مثبت روان‌شناختی در نتیجه مواجهه با رویدادهای بحرانی و تروماتیک است که می‌تواند در حوزه‌هایی نظیر درک بهتر از خود، ارتباطات بین‌فردی، معنویت و اولویت‌های زندگی رخ دهد (Ezzatpanah & Latifi, 2021; Kazemipour et al., 2019).

از آنجایی که رشد پس‌آسیبی به شکل خودجوش در همه افراد رخ نمی‌دهد، مطالعات جدید بر نقش مداخلات روان‌درمانی در تسهیل این فرایند تأکید داشته‌اند. یکی از رویکردهای متمرکز بر اصلاح الگوهای ناکارآمد شناختی و هیجانی، طرحواره‌درمانی است. طرحواره‌درمانی با تأکید بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، به افراد کمک می‌کند تا از طریق بازسازی ساختارهای ذهنی، مسیر رشد روانی پس از آسیب را طی کنند (Aliaskari, 2024; Alokandeh, 2024). شواهد متعددی از اثربخشی این رویکرد بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، نشخوار ذهنی و تنظیم هیجانی در جمعیت‌های بالینی وجود دارد (Barooti et al., 2024; Ghasemkhanloo et al., 2021).

مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و ACT پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که هر دو رویکرد می‌توانند در ارتقاء تنظیم هیجان، کاهش اجتناب، و بازسازی معنای زندگی مؤثر باشند، اما مکانیسم‌های اثرگذاری آن‌ها متفاوت است. در حالی که طرحواره درمانی با بازسازی طرحواره‌های اولیه، تمرکز بر ریشه‌های تحولی و تغییر درون‌مایه‌های هویتی عمل می‌کند، درمان پذیرش و تعهد با پذیرش تجربیات و حرکت ارزش‌محور به تقویت عملکرد روان‌شناختی منجر می‌شود (Khandabi et al., 2024; Marashian & Shahbazi, 2023; Seidyousefi et al., 2024).

با توجه به افزایش آمار شکست‌های عاطفی در جمعیت دانشجویی و اهمیت مداخلات روان‌شناختی در پیشگیری از مزمن شدن آسیب‌های روانی در این گروه، بررسی اثربخشی روش‌های درمانی مختلف بر مؤلفه‌های رشد پس‌آسیبی امری ضروری به نظر می‌رسد. از سوی دیگر، پژوهش‌های داخلی نیز اثربخشی هر دو رویکرد را در کاهش نشانگان اختلالات هیجانی، بهبود تصویر بدنی، کاهش باورهای غیرمنطقی و بهبود انعطاف‌پذیری روانی در گروه‌های بالینی و نیمه‌بالینی تأیید کرده‌اند (Aliaskari, 2024; Soleimani et al., 2024; Yussefian et al., 2023). این نکته نیز حائز اهمیت است که تجربه شکست عاطفی، به‌ویژه در سنین جوانی، صرفاً پدیده‌ای منفی نیست و می‌تواند با هدایت مناسب، به بستر رشد شخصی و معنوی بدل شود (Ebrahimi et al., 2023; Isari et al., 2023).

در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد رشد پس‌آسیبی در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی انجام شد.

روش‌شناسی پژوهش

در این پژوهش که به‌صورت کاربردی و در چارچوب رویکرد کمی اجرا شد، از طرح نیمه‌آزمایشی با ساختار سه گروهی و سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری) استفاده گردید. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی بود که در سال ۱۴۰۱ به مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی شهر شیراز مراجعه کرده بودند. با استفاده از جدول کوهن و در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم اثر ۰/۷۰ و توان آماری ۰/۹۱، حجم نمونه مورد نیاز برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین گردید، اما با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها و افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند بود؛ به‌این ترتیب که ابتدا با تأیید مرکز مشاوره دانشگاه و احراز شرایط ورود به پژوهش، ۴۵ دانشجوی دارای نشانگان شکست عاطفی انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایشی طرحواره درمانی، درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون به تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش پرداختند. سپس گروه‌های آزمایشی به ترتیب جلسات درمانی طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد را طی ۱۰ جلسه هفتگی یک‌وونیم ساعته دریافت کردند. هیچگونه مداخله‌ای برای گروه کنترل در نظر گرفته نشد. پس از پایان جلسات درمانی، مرحله پس‌آزمون و نیز مرحله پیگیری دو ماهه برای هر سه گروه اجرا گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل تجربه شکست عاطفی با گذشت حداقل ۶ ماه از پایان رابطه، سن ۱۸ تا ۳۰ سال، عدم دریافت درمان شناختی-رفتاری طی شش ماه گذشته، نداشتن اختلالات شخصیت یا روان‌پریشی یا مصرف مواد (بر اساس مصاحبه تشخیصی)، و داشتن رابطه‌ای رمانتیک با حداقل ۶ ماه مدت زمان بودند. معیارهای خروج نیز شامل شرکت در درمان‌های دیگر، دریافت داروهای روان‌پزشکی، بستری شدن در بیمارستان روانی، و غیبت بیش از سه جلسه از جلسات درمانی بودند. برای سنجش ابعاد رشد پس از آسیب از پرسشنامه رشد پس از آسیب (PTGI) که توسط تدسکی و کالهن (۱۹۹۶) طراحی شده، استفاده شد. این ابزار شامل ۲۱ گویه است که بر اساس یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از ۰

(هیچ تغییری تجربه نشده) تا ۵ (تجربه شدید تغییر به دلیل بحران) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کلی آن در دامنه ۰ تا ۱۰۵ قرار می‌گیرد. این ابزار ابعاد مختلفی از رشد پس از آسیب مانند روابط با دیگران، توانایی‌های جدید، نیرومندی شخصی، تغییرات روحانی و قدردانی از زندگی را می‌سنجد. اعتبار و پایایی این ابزار در پژوهش‌های مختلف از جمله تحقیق سید محمودی و همکاران بر روی جمعیت ایرانی نیز تأیید شده است، به طوری که ضریب آلفای کرونباخ آن برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای ابعاد مختلف بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. همبستگی بین نمره‌های این ابزار و مقیاس‌های دیگر مانند افسردگی بک و اضطراب حالت-صفت نیز معنادار بوده و روایی همگرا را تأیید می‌کند. همچنین پایایی آزمون-بازآزمون آن در بازه زمانی دو ماهه $r = 0.71$ به دست آمده است.

جهت سنجش شدت آسیب عاطفی از پرسشنامه ضربه عشق که توسط راس (۱۹۹۹) طراحی شده، استفاده گردید. این پرسشنامه شامل ۱۰ ماده چهارگزینه‌ای است که جنبه‌های جسمی، شناختی، هیجانی و رفتاری مرتبط با شکست عاطفی را ارزیابی می‌کند. دو گویه اول به صورت معکوس نمره‌گذاری شده و بقیه گویه‌ها از نمره ۳ تا ۰ امتیاز می‌گیرند. نمره نهایی از مجموع امتیازات حاصل می‌شود و نقطه برش آن ۲۰ در نظر گرفته شده است. در پژوهش دهقانی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۸۳ گزارش شد. همچنین همبستگی آن با مقیاس‌های افسردگی بک و اضطراب صفت اسپیل‌برگر به ترتیب برابر با ۰/۶۴ و ۰/۶۱ بوده که نشان‌دهنده روایی همگرایی مطلوب آن است. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۷۸ به دست آمد.

گروه آزمایش اول در این پژوهش، تحت مداخله طرحواره‌درمانی بر اساس الگوی یانگ و همکاران (۲۰۰۶؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۳) قرار گرفتند. این مداخله در قالب ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی برگزار

شد. در جلسه اول، به برقراری ارتباط، معرفی اعضای گروه و پژوهشگر، بیان اهداف درمان، مقررات گروهی و سنجش اولیه برای ارزیابی تناسب با طرحواره‌درمانی پرداخته شد و همچنین اجرای پیش‌آزمون و ارائه تکلیف انجام گرفت. جلسه دوم به آموزش مفاهیم طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و بررسی رابطه آن‌ها با مشکلات فعلی اختصاص یافت. در جلسه سوم، راهبردهای شناختی معرفی شد و از تکنیک‌هایی مانند استعاره جنگ، مواجهه همدلانه و بازتعریف شواهد استفاده گردید. در جلسه چهارم، گفت‌وگوی درونی بین بخش‌های ناسالم و سالم شخصیت، ایفای نقش و ساخت کارت‌های آموزشی آموزش داده شد. جلسه پنجم به تکنیک‌های تجربی اختصاص داشت که شامل تصویرسازی ذهنی و گفت‌وگوی خیالی با والدین بود. در جلسه ششم، مفهوم الگو شکنی رفتاری معرفی شد و اعضا با تهیه فهرستی از رفتارهای مشکل‌ساز به اولویت‌بندی برای تغییر رفتار پرداختند. جلسه هفتم با هدف تثبیت رفتارهای سالم و تمرین عملی از طریق تصویرسازی و ایفای نقش برگزار شد. در جلسه هشتم، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون و خاتمه درمان صورت گرفت. این پروتکل با رویکرد چندوجهی شناختی، هیجانی و رفتاری طراحی شده تا به بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ارتقاء خودتنظیمی هیجانی کمک کند.

گروه آزمایش دوم طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اساس الگوی هیز و همکاران (۱۹۹۹؛ به نقل از عبداللهی، ۱۳۹۳) قرار گرفتند. جلسه اول با هدف معرفی کلی درمان، اجرای پیش‌آزمون، آموزش مفاهیم اولیه و تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش برای برنامه هفتگی آغاز شد. جلسات دوم و سوم به معرفی شش فرآیند اصلی ACT یعنی پذیرش روانی، آگاهی در لحظه حال، جداسازی شناختی، کاهش تمرکز بر داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه اختصاص یافت. در این جلسات، مراجعین می‌آموختند که تجارب ذهنی را بدون تلاش برای

حذف آن‌ها بپذیرند و واکنش خود را نسبت به افکار و احساسات کاهش دهند. در جلسات چهارم و پنجم، آموزش ذهن‌آگاهی شامل توجه غیر قضاوت‌گرایانه به هیجانات و افکار و مهارت ماندن در لحظه حال ارائه شد و استفاده از تکنیک تایم‌اوت برای مدیریت رفتارهای وسواسی تمرین گردید. جلسات ششم و هفتم با تمرکز بر پاسخ‌دهی سازگارانه به افکار، ارتقاء هدف‌گذاری شخصی و ایجاد سبک زندگی معنادار پیگیری شد. در جلسه هشتم، مهارت‌های مقابله با بحران، منحرف‌سازی حواس، خودتسکینی با استفاده از حواس و تمرین‌های ذهن‌آگاهی آموزش داده شد. جلسه نهم به تنظیم هیجان اختصاص داشت و به موضوعاتی همچون اهمیت هیجان‌ها، شناسایی و کنترل آن‌ها، افزایش هیجانات مثبت و اجرای تمرین‌های عملی پرداخته شد. در نهایت، جلسه دهم بر بهبود کارآمدی روابط بین‌فردی تمرکز داشت و مهارت‌هایی مانند ابراز وجود، اعتماد، مذاکره و عزت نفس آموزش داده شد. این جلسه با جمع‌بندی مطالب، دریافت بازخورد و اجرای پس‌آزمون به پایان رسید. پروتکل ACT با تأکید بر پذیرش، ارزش‌محوری و ذهن‌آگاهی، به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقاء رشد پس‌آسیبی کمک می‌کرد. تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در سطح آمار توصیفی، شاخص‌هایی چون میانگین و انحراف معیار برای بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نمرات پرسشنامه‌ها استفاده شد. در سطح استنباطی، ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس از جمله همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون باکس و همگنی واریانس بین گروه‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تحلیل چندمتغیره مانکوا استفاده شد. آزمون‌های نرمالیتی کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها اجرا گردید. در صورت تأیید فرض نرمال بودن، اثرات

بین‌گروهی از طریق تحلیل مانکوا و اثرات درون‌گروهی با تحلیل واریانس مکرر بررسی شد. همچنین، آزمون بنفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها و تعیین تفاوت معنادار میان گروه‌ها در مراحل مختلف به عنوان آزمون تعقیبی مورد استفاده قرار گرفت. تمامی تحلیل‌ها با هدف آزمون معناداری تأثیر مداخلات طرحواره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد رشد پس‌آسیبی انجام شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، از مجموع ۴۵ شرکت‌کننده، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) تعداد ۸ نفر (۵۳ درصد) زن و ۷ نفر (۴۷ درصد) مرد حضور داشتند. در گروه طرحواره‌درمانی ۹ نفر (۶۰ درصد) زن و ۶ نفر (۴۰ درصد) مرد، و در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰ درصد) زن و ۹ نفر (۶۰ درصد) مرد بودند. در بررسی متغیر سن، در گروه ACT تعداد ۶ نفر (۴۰ درصد) در بازه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال، ۷ نفر (۴۷ درصد) در بازه ۲۶ تا ۳۰ سال و ۲ نفر (۱۳ درصد) در بازه ۳۱ تا ۳۵ سال قرار داشتند. در گروه طرحواره‌درمانی، ۴ نفر (۲۷ درصد) در بازه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال، ۸ نفر (۵۳ درصد) در بازه ۲۶ تا ۳۰ سال و ۳ نفر (۲۰ درصد) در بازه ۳۱ تا ۳۵ سال بودند. در گروه کنترل نیز ۴ نفر (۲۷ درصد) در بازه ۲۱ تا ۲۵ سال، ۸ نفر (۵۳ درصد) در بازه ۲۶ تا ۳۰ سال و ۳ نفر (۲۰ درصد) در بازه ۳۱ تا ۳۵ سال قرار داشتند. در زمینه اشتغال، گروه ACT شامل ۵ نفر (۳۳ درصد) بیکار، ۸ نفر (۵۳ درصد) دارای شغل آزاد و ۲ نفر (۱۳ درصد) با شغل دولتی بود. در گروه طرحواره‌درمانی ۵ نفر (۳۳ درصد) بیکار، ۷ نفر (۴۷ درصد) دارای شغل آزاد و ۳ نفر (۲۰ درصد) با شغل دولتی حضور داشتند. گروه کنترل نیز شامل ۳ نفر (۲۰ درصد) بیکار، ۱۰ نفر (۶۷ درصد) دارای شغل آزاد و ۲ نفر (۱۳ درصد) با شغل دولتی بود. از نظر طول رابطه عاطفی نیز در گروه ACT تعداد ۵ نفر (۳۳ درصد) کمتر از یک سال، ۸ نفر (۵۳ درصد) بین یک تا دو سال و ۲ نفر (۱۳ درصد) بیش از دو

دوره دوم، شماره چهارم

سال رابطه عاطفی را تجربه کرده بودند. در گروه طرحواره درمانی ۴ نفر (۲۷) کمتر از یک سال، ۶ نفر (۴۰ درصد) بین یک تا دو سال و ۵ نفر (۳۳ درصد) درصداً کمتر از یک سال، ۷ نفر (۴۷ درصد) بین یک تا دو سال و ۴ نفر (۲۷) بیش از دو سال در رابطه عاطفی بوده‌اند.

درصداً بیش از دو سال رابطه داشته‌اند. در گروه کنترل نیز ۴ نفر (۲۷ درصد)

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد متغیر رشد پس‌آسیبی به تفکیک گروه‌های مورد مداخله

مرحله و بعد	گروه ACT	گروه ACT	گروه طرحواره درمانی	گروه طرحواره درمانی	گروه کنترل	گروه کنترل
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون تغییرات در اولویت‌های زندگی	۸.۷۳	۲.۹۱	۸.۷۳	۲.۹۱	۸.۷۳	۲.۹۲
پس‌آزمون تغییرات در اولویت‌های زندگی	۱۷.۶۷	۲.۱۶	۱۷.۰۰	۲.۴۸	۱۱.۸۰	۲.۹۱
پیگیری تغییرات در اولویت‌های زندگی	۱۵.۲۷	۱.۹۴	۱۵.۰۷	۲.۳۷	۸.۸۷	۲.۴۲
پیش‌آزمون روابط با دیگران	۶.۷۳	۲.۳۱	۶.۲۷	۱.۷۵	۷.۷۳	۱.۶۷
پس‌آزمون روابط با دیگران	۱۳.۸۷	۲.۰۷	۱۲.۳۳	۱.۸۰	۹.۵۳	۲.۴۵
پیگیری روابط با دیگران	۱۱.۲۷	۲.۰۵	۹.۹۳	۱.۴۹	۸.۶۰	۲.۲۹
پیش‌آزمون نزدیکی به قدرت معنوی	۸.۶۷	۲.۳۵	۸.۲۷	۱.۷۵	۸.۶۷	۲.۳۲
پس‌آزمون نزدیکی به قدرت معنوی	۱۷.۲۷	۲.۲۲	۱۶.۴۰	۲.۵۳	۱۰.۷۳	۲.۳۷
پیگیری نزدیکی به قدرت معنوی	۱۴.۳۳	۱.۷۶	۱۳.۲۰	۱.۹۰	۸.۸۷	۲.۵۶
پیش‌آزمون احساسات تازه	۵.۷۳	۲.۳۱	۵.۳۳	۱.۷۶	۵.۷۳	۲.۳۷
پس‌آزمون احساسات تازه	۱۴.۹۳	۲.۰۹	۱۳.۲۰	۱.۷۸	۸.۶۷	۲.۳۲
پیگیری احساسات تازه	۱۱.۴۰	۲.۱۶	۱۰.۲۷	۱.۸۳	۶.۳۳	۲.۵۰
پیش‌آزمون توانمندی‌های شخصی	۶.۸۰	۲.۳۱	۶.۲۷	۱.۷۵	۶.۴۰	۲.۳۸
پس‌آزمون توانمندی‌های شخصی	۱۶.۵۳	۲.۵۶	۱۷.۴۰	۲.۶۹	۸.۹۳	۲.۰۵
پیگیری توانمندی‌های شخصی	۱۳.۰۷	۲.۵۲	۱۳.۵۳	۲.۸۸	۵.۹۳	۳.۳۷
پیش‌آزمون رشد پس‌آسیبی کلی	۳۶.۶۷	۱۰.۳۰	۳۴.۸۷	۷.۹۳	۳۷.۲۷	۸.۸۹
پس‌آزمون رشد پس‌آسیبی کلی	۸۰.۲۷	۷.۲۵	۷۶.۳۳	۸.۷۰	۴۹.۶۷	۸.۹۶
پیگیری رشد پس‌آسیبی کلی	۶۵.۳۳	۶.۲۳	۶۲.۰۰	۶.۲۳	۳۸.۶۰	۱۰.۰۳

مشاهده نشده است. به طور خاص، بیشترین تفاوت بین گروه‌ها در متغیر کلی رشد پس‌آسیبی پس از مداخله دیده می‌شود، به گونه‌ای که میانگین این متغیر در گروه ACT از ۳۶.۶۷ در پیش‌آزمون به ۸۰.۲۷ در پس‌آزمون رسیده و در مرحله پیگیری نیز ۶۵.۳۳ حفظ شده است؛ این در حالی است که گروه کنترل از میانگین ۳۷.۲۷ در پیش‌آزمون تنها به ۴۹.۶۷ در پس‌آزمون و سپس به ۳۸.۶۰ در مرحله پیگیری رسیده که رشد چشمگیری را نشان نمی‌دهد. این نتایج اولیه حاکی از اثربخشی مداخلات درمانی بر ابعاد مختلف رشد پس‌آسیبی در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی است. برای بررسی مفروضه‌های لازم جهت اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت و نتایج هر دو آزمون نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای وابسته در هر سه گروه نرمال است. همچنین، برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن عدم تفاوت معنادار بین واریانس گروه‌ها را تأیید کرد. علاوه بر این، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون باکس بررسی گردید که نتایج نشان‌دهنده عدم نقض این فرض نیز بود. بنابراین، تمامی پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل‌های آماری پارامتریک تأیید و رعایت شده‌اند.

در بخش یافته‌های توصیفی مشاهده می‌شود که میانگین نمرات رشد پس‌آسیبی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های مورد مداخله (ACT و طرحواره‌درمانی) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش چشمگیری داشته است. به ویژه در گروه ACT، رشد قابل توجهی در متغیر تغییرات در اولویت‌های زندگی از میانگین ۸.۷۳ در پیش‌آزمون به ۱۷.۶۷ در پس‌آزمون مشاهده می‌شود که این رشد در مرحله پیگیری نیز با میانگین ۱۵.۲۷ حفظ شده است. همچنین، در همین گروه، ابعاد دیگری نظیر روابط با دیگران، نزدیکی به قدرت معنوی، احساسات تازه و توانمندی‌های شخصی نیز با افزایش نمرات همراه بوده‌اند که نشان‌دهنده اثربخشی مداخله ACT در بهبود ابعاد مختلف رشد پس‌آسیبی است. در گروه طرحواره‌درمانی نیز الگوی مشابهی دیده می‌شود و میانگین نمرات پس از مداخله به طور معناداری افزایش یافته است. هرچند در اکثر مؤلفه‌ها، گروه ACT در مقایسه با طرحواره‌درمانی دارای میانگین بالاتری بوده است. در مقابل، گروه کنترل تغییر محسوسی در نمرات از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری نشان نداده و در برخی مؤلفه‌ها حتی کاهش نمره نیز دیده شده است. این امر نشان می‌دهد که افزایش نمرات رشد پس‌آسیبی در دو گروه آزمایشی به احتمال زیاد ناشی از تأثیر مداخلات درمانی بوده و در غیاب مداخله (همانند گروه کنترل) این رشد

جدول ۲. نتایج آزمون مانکوا برای مقایسه بین گروهی ابعاد رشد پس‌آسیبی

متغیر	منبع تغییرات	نوع آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	اتا
تغییرات در اولویت‌های زندگی	گروه	پس‌آزمون	۵۱.۳۰۹	۲	۲۵.۶۵۴	۶۹.۹۶	۰.۰۱۰	۰.۸۳
	گروه	پیگیری	۲۰.۳۹۷	۲	۱۰.۱۹۸	۴۳.۹۱	۰.۰۱۰	۰.۸۲
	گروه	پس‌آزمون	۲۹.۲۰۲	۲	۱۴.۶۰۱	۴۷.۶۰	۰.۰۱۰	۰.۷۰
روابط با دیگران	گروه	پیگیری	۷۱.۷۷	۲	۳۵.۸۸۵	۱۴.۶۷	۰.۰۱۰	۰.۴۲
	گروه	پس‌آزمون	۹۵.۳۹۳	۲	۴۷.۶۹۶	۲۴.۷۶	۰.۰۱۰	۰.۷۹
	گروه	پیگیری	۱۳.۲۶۰	۲	۶.۶۳۰	۷۴.۴۲	۰.۰۱۰	۰.۷۸
نزدیکی به قدرت معنوی	گروه	پس‌آزمون	۶۵.۳۲۳	۲	۳۲.۶۶۱	۱۱۰.۹۹	۰.۰۱۰	۰.۸۴
	گروه	پیگیری	۷۰.۲۲۲	۲	۳۵.۱۱۱	۸۴.۵۴	۰.۰۱۰	۰.۸۰
	گروه	پس‌آزمون	۶۷.۶۴۰	۲	۳۳.۸۲۰	۱۰۵.۱۹	۰.۰۱۰	۰.۸۴
احساسات تازه	گروه	پیگیری	۵۲.۵۲۹	۲	۲۶.۲۶۴	۸۴.۹۰	۰.۰۱۰	۰.۸۱
	گروه	پیگیری						
توانمندی‌های شخصی	گروه	پیگیری						
	گروه	پیگیری						

دوره دوم، شماره چهارم

بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل مانکوا و آن گونه که در جدول فوق نشان داده شده، در تمامی ابعاد رشد پس آسیمی بین گروه های مورد مداخله شامل گروه اکت (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معنادار آماری وجود دارد. در بعد تغییرات در اولویت های زندگی، مقدار F در مرحله پس آزمون برابر با ۶۹.۹۶ و در مرحله پیگیری برابر با ۴۳.۹۱ به دست آمد که در هر دو مرحله با سطح معناداری کوچکتر از ۰.۰۱، تفاوت بین گروه ها تأیید شد. همچنین، در بعد روابط با دیگران، مقدار F در پس آزمون برابر با ۴۷.۶۰ و در پیگیری برابر با ۱۴.۶۷ بود که نشان دهنده تفاوت معنادار بین گروه ها در هر دو مرحله است. در بعد نزدیکی به قدرت معنوی عملکرد بهتری نسبت به گروه کنترل داشته اند.

نیز مقدار F برابر با ۲۴.۷۶ در پس آزمون و ۷۴.۴۲ در پیگیری به دست آمد و معناداری تفاوت ها را در هر دو مرحله تأیید کرد. بعد احساسات تازه نیز با مقادیر F برابر با ۱۱۰.۹۹ در پس آزمون و ۸۴.۵۴ در پیگیری، بیشترین تفاوت بین گروه ها را نشان داد. در نهایت، در بعد توانمندی های شخصی، مقدار F در پس آزمون ۱۰۵.۱۹ و در مرحله پیگیری ۸۴.۹۰ به دست آمد که در هر دو مرحله تفاوت معنادار با سطح اتای بالا (بیش از ۰.۸۰) را گزارش کرده است. به طور کلی، نتایج نشان داد که اثر مداخلات درمانی بر ابعاد مختلف رشد پس آسیمی معنادار و قابل توجه بوده و گروه های مداخله، به ویژه گروه ACT، عملکرد بهتری نسبت به گروه کنترل داشته اند.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی بین گروه ها در ابعاد رشد پس آسیمی

متغیر	مرحله	گروه مرجع (I)	گروه مقایسه (J)	میانگین تفاوت	خطای استاندارد	p
تغییرات در اولویت های زندگی	پس آزمون	اکت	طرحواره درمانی	۰.۶۶	۰.۴۶	۰.۴۷
		اکت	کنترل	۵.۸۶	۰.۴۶	۰.۰۱ >
	پیگیری	طرحواره درمانی	کنترل	۵.۲۰	۰.۴۶	۰.۰۱ >
		اکت	طرحواره درمانی	۰.۲۰	۰.۵۴	۱.۰۰
روابط با دیگران	پس آزمون	اکت	طرحواره درمانی	۶.۴۰	۰.۵۴	۰.۰۱ >
		اکت	کنترل	۶.۲۰	۰.۵۴	۰.۰۱ >
	پیگیری	اکت	طرحواره درمانی	۱.۱۵	۰.۵۴	۰.۱۱
		اکت	کنترل	۵.۱۳	۰.۵۴	۰.۰۱ >
نزدیکی به قدرت معنوی	پس آزمون	طرحواره درمانی	کنترل	۳.۹۸	۰.۵۶	۰.۰۱ >
		اکت	طرحواره درمانی	۱.۰۵	۰.۶۰	۰.۲۵
	پیگیری	اکت	طرحواره درمانی	۳.۲۵	۰.۶۱	۰.۰۱ >
		اکت	کنترل	۲.۲۰	۰.۶۲	۰.۰۱ >
احساسات تازه	پس آزمون	اکت	طرحواره درمانی	۰.۵۴	۰.۵۹	۱.۰۰
		اکت	کنترل	۶.۵۳	۰.۵۹	۰.۰۱ >
	پیگیری	طرحواره درمانی	کنترل	۵.۹۹	۰.۵۹	۰.۰۱ >
		اکت	طرحواره درمانی	۰.۸۳	۰.۴۸	۰.۲۸
	پس آزمون	اکت	طرحواره درمانی	۵.۴۶	۰.۴۸	۰.۰۱ >
		اکت	کنترل	۴.۶۳	۰.۴۸	۰.۰۱ >
	پیگیری	طرحواره درمانی	کنترل	۱.۴۲	۰.۴۴	۰.۰۱
		اکت	طرحواره درمانی	۶.۲۶	۰.۴۴	۰.۰۱ >
	پس آزمون	طرحواره درمانی	کنترل	۴.۸۴	۰.۴۴	۰.۰۱ >
		اکت	طرحواره درمانی	۰.۷۸	۰.۴۲	۰.۲۰
	پیگیری	اکت	طرحواره درمانی	۵.۰۶	۰.۴۲	۰.۰۱ >
		اکت	کنترل			

۰.۰۱>	۰.۴۲	۴.۲۷	کنترل	طرحواره درمانی	توانمندی های شخصی	پس آزمون	اکت
۰.۱۵	۰.۶۴	-۱.۲۹	طرحواره درمانی				
۰.۰۱>	۰.۶۴	۷.۲۷	کنترل				
۰.۰۱>	۰.۶۴	۸.۵۷	کنترل				
۰.۳۴	۰.۶۵	-۱.۰۵	طرحواره درمانی				
۰.۰۱>	۰.۶۵	۶.۶۹	کنترل				
۰.۰۱>	۰.۶۵	۷.۷۴	کنترل				
۰.۰۱>	۰.۶۵	۷.۷۴	کنترل	طرحواره درمانی			

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی، در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری در تمامی ابعاد رشد پس آسیمی بین گروه های مداخله (اکت و طرحواره درمانی) با گروه کنترل وجود دارد. در بعد تغییرات در اولویت های زندگی، هر دو گروه درمانی به طور معناداری عملکرد بهتری نسبت به گروه کنترل داشتند، اما تفاوت بین گروه اکت و طرحواره درمانی معنادار نبود. این الگو در مرحله پیگیری نیز حفظ شد و تنها تفاوت بین دو گروه مداخله همچنان معنادار نبود. در مؤلفه روابط با دیگران نیز تفاوت معنادار بین گروه های مداخله و کنترل تأیید شد، در حالی که بین اکت و طرحواره درمانی در هر دو مرحله تفاوت معناداری مشاهده نشد. در مؤلفه نزدیکی به قدرت معنوی نیز نتایج مشابهی گزارش شد و تنها گروه های مداخله با گروه کنترل

تفاوت معناداری داشتند. در مؤلفه احساسات تازه، در مرحله پس آزمون تفاوت بین گروه اکت و طرحواره درمانی معنادار بود و گروه اکت عملکرد بهتری نشان داد، ولی این تفاوت در مرحله پیگیری از لحاظ آماری معنادار نبود. در مؤلفه توانمندی های شخصی نیز فقط تفاوت بین گروه های مداخله با گروه کنترل در هر دو مرحله معنادار بود و بین دو گروه درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد. به طور کلی، نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که هر دو رویکرد درمانی نسبت به گروه کنترل در ارتقاء رشد پس آسیمی مؤثر بوده اند و در برخی مؤلفه ها، به ویژه احساسات تازه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری داشته است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با سنجش مکرر برای بررسی تغییرات درون گروهی ابعاد رشد پس آسیمی

متغیر	گروه	مرحله مقایسه	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	تا
تغییرات در اولویت های زندگی	اکت	پیش آزمون - پیگیری	۲۷.۶۴۰	۱	۲۷.۶۴۰	۱۳۶.۳۷	۰.۰۱>	۰.۹۱
		پس آزمون - پیگیری	۴۰.۸۶	۱	۴۰.۸۶	۶۸.۷۳	۰.۰۱>	۰.۸۳
	طرحواره درمانی	پیش آزمون - پیگیری	۶۷.۶۰۱	۱	۶۷.۶۰۱	۱۲۱.۴۹	۰.۰۱>	۰.۹۰
		پس آزمون - پیگیری	۰۷.۵۶	۱	۰۷.۵۶	۷۱.۷۹	۰.۰۱>	۰.۸۴
روابط با دیگران	کنترل	پیش آزمون - پیگیری	۰.۲۷	۱	۰.۲۷	۰.۲۷	۰.۶۱	۰.۰۲
		پس آزمون - پیگیری	۰۷.۱۲۹	۱	۰۷.۱۲۹	۱۲۱.۰۰	۰.۰۱>	۰.۹۰
	اکت	پیش آزمون - پیگیری	۲۷.۳۰۸	۱	۲۷.۳۰۸	۵۶.۹۹	۰.۰۱>	۰.۸۰
		پس آزمون - پیگیری	۴۰.۱۰۱	۱	۴۰.۱۰۱	۳۱.۱۳	۰.۰۱>	۰.۶۹
نزدیکی به قدرت معنوی	طرحواره درمانی	پیش آزمون - پیگیری	۶۷.۲۰۱	۱	۶۷.۲۰۱	۱۴۶.۰۳	۰.۰۱>	۰.۹۱
		پس آزمون - پیگیری	۴۰.۸۶	۱	۴۰.۸۶	۵۶.۰۰	۰.۰۱>	۰.۸۰
	کنترل	پیش آزمون - پیگیری	۲۷.۱۱	۱	۲۷.۱۱	۳.۹۷	۰.۰۷	۰.۳۲
		پس آزمون - پیگیری	۰۷.۱۳	۱	۰۷.۱۳	۶.۳۲	۰.۰۲	۰.۳۱
	اکت	پیش آزمون - پیگیری	۶۷.۴۸۱	۱	۶۷.۴۸۱	۲۴۶.۷۱	۰.۰۱>	۰.۹۵

دوره دوم، شماره چهارم

۰.۶۰	۰.۰۱>	۳۰.۷۹	۰۷.۱۲۹	۱	۰۷.۱۲۹	پس آزمون - پیگیری		
۰.۸۷	۰.۰۱>	۹۶.۵۵	۰۷.۳۶۵	۱	۰۷.۳۶۵	پیش آزمون - پیگیری	طرحواره درمانی	
۰.۷۲	۰.۰۱>	۳۵.۶۰	۶۰.۱۵۳	۱	۶۰.۱۵۳	پس آزمون - پیگیری		
۰.۲۰	۰.۰۰۸	۳.۵۰	۶۰.۰	۱	۶۰.۰	پیش آزمون - پیگیری	کنترل	
۰.۹۷	۰.۰۱>	۱۵.۴۲	۲۷.۵۲	۱	۲۷.۵۲	پس آزمون - پیگیری		
۰.۹۱	۰.۰۱>	۱۴۸.۷۵	۶۷.۴۸۱	۱	۶۷.۴۸۱	پیش آزمون - پیگیری	اکت	احساسات تازه
۰.۸۳	۰.۰۱>	۶۹.۴۸	۲۷.۱۸۷	۱	۲۷.۱۸۷	پس آزمون - پیگیری		
۰.۹۹	۰.۰۱>	۱۷۴۲.۳۶	۰۷.۳۶۵	۱	۰۷.۳۶۵	پیش آزمون - پیگیری	طرحواره درمانی	
۰.۹۸	۰.۰۱>	۶۱۶.۰۰	۰۷.۱۲۹	۱	۰۷.۱۲۹	پس آزمون - پیگیری		
۰.۳۶	۰.۰۱>	۷.۸۷	۴۰.۵	۱	۴۰.۵	پیش آزمون - پیگیری	کنترل	
۰.۸۸	۰.۰۱>	۱۰۰.۸۸	۶۷.۸۱	۱	۶۷.۸۱	پس آزمون - پیگیری		
۰.۹۹	۰.۰۱>	۹۲۳.۱۶	۰۷.۵۸۹	۱	۰۷.۵۸۹	پیش آزمون - پیگیری	اکت	توانمندی های شخصی
۰.۸۳	۰.۰۱>	۶۶.۸۸	۲۷.۱۸۰	۱	۲۷.۱۸۰	پس آزمون - پیگیری		
۰.۹۱	۰.۰۱>	۱۴۷.۹۸	۰۷.۷۹۲	۱	۰۷.۷۹۲	پیش آزمون - پیگیری	طرحواره درمانی	
۰.۷۵	۰.۰۱>	۴۲.۵۸	۲۷.۲۲۴	۱	۲۷.۲۲۴	پس آزمون - پیگیری		
۰.۰۷	۰.۰۳۳	۱.۰۰	۲۷.۳	۱	۲۷.۳	پیش آزمون - پیگیری	کنترل	
۰.۶۹	۰.۰۱>	۳۱.۵۰	۱۳۵.۰۰	۱	۱۳۵.۰۰	پس آزمون - پیگیری		

پذیرش و تعهد در مقایسه با طرحواره درمانی باشد. بنابراین، اثربخشی هر دو رویکرد درمانی در ایجاد تغییرات مثبت تأیید شده اما با تفاوت هایی در میزان پایداری اثرات در طول زمان.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به طور معناداری موجب ارتقای ابعاد مختلف رشد پس آسیمی در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی شدند. یافته های حاصل از تحلیل واریانس با سنجش مکرر نشان داد که این تغییرات در مرحله پیگیری نیز حفظ شده و از پایداری نسبتاً بالایی برخوردارند. افزون بر این، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی مشخص کرد که هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای تغییر در اولویت های زندگی، نزدیکی به قدرت معنوی، روابط با دیگران، احساسات تازه و توانمندی های شخصی تفاوت معناداری داشتند، در حالی که تفاوت معناداری بین گروه های طرحواره درمانی

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر که در جدول بالا گزارش شده است، تغییرات درون گروهی در هر پنج بعد رشد پس آسیمی از مرحله پیش آزمون تا مرحله پیگیری در دو گروه مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی) معنادار بوده و در سطح آلفای کمتر از ۰.۰۱ مورد تأیید قرار گرفته اند. این نتایج نشان می دهد که مداخلات انجام شده نه تنها در کوتاه مدت مؤثر بوده، بلکه اثربخشی آن ها تا مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. در مقابل، در گروه کنترل، تغییرات در مقایسه مرحله پیش آزمون با پیگیری در اکثر مؤلفه ها معنادار نبود یا فقط در مرحله پس آزمون به طور موقت مشاهده شد و در مرحله پیگیری مجدداً کاهش یافت. این یافته ها نشان می دهد که به جز تغییرات گذرا، گروه کنترل از بهبود پایدار در ابعاد رشد پس آسیمی بهره مند نشده است. همچنین در برخی ابعاد مانند توانمندی های شخصی و احساسات تازه، گروه اکت نسبت به گروه طرحواره درمانی عملکرد پایداری داشته که می تواند نشان دهنده اثربخشی بلندمدت تر درمان مبتنی بر

آگاهی و مسئولیت‌پذیری بیشتری با تجربیات آسیب‌زا مواجه شوند، که این امر با تغییرات در اولویت‌های زندگی و تجربه احساسات جدید پس از قطع رابطه عاطفی همخوانی دارد (Egli et al., 2024; Kim & Кадыров, 2022).

نتیجه جالب توجه در این مطالعه، عملکرد بهتر گروه ACT در مؤلفه "احساسات تازه" بود که می‌توان آن را به مکانیزم فعال "پذیرش تجربی" در این رویکرد نسبت داد. بر اساس رویکرد ACT، مواجهه با هیجانات ناخوشایند به جای اجتناب، به گشودگی روانی بیشتر نسبت به تجارب نو و درک عمیق‌تر از نیازهای اصیل منجر می‌شود؛ امری که می‌تواند موجب تسهیل رشد عاطفی پس از بحران شود (Hepworth, 2025; Isari et al., 2023). از سوی دیگر، در متغیرهایی نظیر توانمندی‌های شخصی و نزدیکی به قدرت معنوی نیز هر دو رویکرد نتایج معناداری را نشان دادند که تأییدی بر قدرت آن‌ها در ارتقای بازسازی روانی است. طرحواره‌درمانی با کار بر طرحواره‌های ریشه‌دار مانند بی‌اعتمادی، رهاشدگی، اطاعت و نقص‌پذیری، موجب افزایش احساس توانمندی در روابط می‌شود (Moghaddam et al., 2023; Yakın & Arntz, 2023) و درمان ACT با تمرکز بر ارزش‌های فردی و پذیرش مسئولانه انتخاب‌ها، به تقویت احساس درونی کنترل و خودکارآمدی منجر می‌گردد (Marashian & Shahbazi, 2023; Seidyousefi et al., 2024).

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی در ارتقاء رشد پس‌آسیبی دانشجویان پس از تجربه شکست عاطفی مؤثرند. با این حال، ACT در برخی مؤلفه‌ها نظیر احساسات تازه و تغییر در اولویت‌های زندگی توانسته عملکرد متمایزتری داشته باشد که احتمالاً ناشی از تمرکز این رویکرد بر معنابخشی به تجربه زیسته، پذیرش و حضور ذهن است. طرحواره‌درمانی نیز از طریق مداخله بر ریشه‌های عمیق‌تر شناختی-هیجانی،

و ACT در اغلب مؤلفه‌ها مشاهده نشد، جز در احساسات تازه که گروه ACT عملکرد بهتری داشت.

تبیین نتایج این پژوهش در پرتو پیشینه نظری و تجربی می‌تواند به درک دقیق‌تری از اثربخشی دو رویکرد کمک کند. در رابطه با اثربخشی طرحواره‌درمانی، یافته‌های پژوهش حاضر همسو با نتایج مطالعاتی است که نشان داده‌اند این رویکرد قادر است با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به بازسازی نگرش فرد نسبت به خود، روابط و جهان پیرامون کمک کرده و بستر شکل‌گیری تحولات مثبت پس از آسیب را فراهم سازد (Aliaskari, 2024; Alokandeh, 2024). برای مثال، در مطالعه‌ای بر روی زنان دارای اختلال بدشکلی بدن، طرحواره‌درمانی موجب بهبود معنادار در تنظیم هیجان و نگرش نسبت به خود شد (Soleimani et al., 2024). این نتایج تأییدکننده این دیدگاه هستند که ریشه‌های شناختی-هیجانی طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند در تجربه شکست‌های عاطفی نقش مهمی ایفا کنند و اصلاح آن‌ها موجب ترمیم خودارزیابی، انعطاف‌پذیری شناختی و پذیرش واقع‌بینانه‌تر رویدادهای منفی می‌گردد (Khandabi et al., 2024; Nezami et al., 2022).

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در پژوهش حاضر به‌ویژه در متغیرهایی مانند احساسات تازه، نزدیکی به معنویت و تغییر در اولویت‌های زندگی عملکرد معناداری داشت. این یافته‌ها در راستای پژوهش‌هایی هستند که ACT را به‌عنوان درمانی اثربخش در افزایش تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تسهیل فرایند معناسازی پس از آسیب معرفی کرده‌اند (Kazemipour et al., 2021; Omidbeygi et al., 2020). به‌عنوان مثال، در پژوهش (Ezzatpanah & Latifi, 2019) بر بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا، مداخله ACT منجر به افزایش رشد پس‌آسیبی و تحمل پریشانی شد. ACT با تأکید بر پذیرش بدون قضاوت افکار و هیجانات دردناک و حرکت در مسیر ارزش‌ها، این امکان را فراهم می‌سازد تا افراد با

به بازسازی کلی تری در ساختارهای شناختی و هویتی منجر می شود. بنابراین می توان نتیجه گرفت که هر دو رویکرد نه تنها مکمل یکدیگر هستند بلکه در مسیر بازتوانی روان شناختی، قابلیت ترکیب و تلفیق نیز دارند (Ghasemkhanloo et al., 2022; Yusefian et al., 2023).

با وجود یافته های ارزشمند، این پژوهش با چندین محدودیت همراه بود. نخست، نمونه آماری پژوهش تنها شامل دانشجویان یک دانشگاه در شهر شیراز بود که ممکن است تعمیم پذیری نتایج به سایر گروه های جمعیتی مانند افراد شاغل، متأهل یا دارای سوابق بالینی متفاوت را محدود سازد. دوم، با توجه به استفاده از ابزارهای خود گزارشی، احتمال سوگیری پاسخ دهی و تأثیر تمایل به ارائه پاسخ های اجتماعی مطلوب وجود دارد. سوم، عدم کنترل دقیق بر تجارب موازی شرکت کنندگان مانند دریافت حمایت اجتماعی یا مداخلات غیررسمی در طی دوره پژوهش، می تواند نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد. همچنین، دوره پیگیری تنها دو ماه در نظر گرفته شد و پایداری بلندمدت تغییرات قابل ارزیابی کامل نبود.

بر مبنای محدودیت های مذکور، پیشنهاد می شود که پژوهش های آینده با استفاده از نمونه های بزرگ تر و متنوع تر از لحاظ فرهنگی، اجتماعی و جنسیتی انجام شوند. همچنین، طراحی مطالعات طولی با دوره های پیگیری طولانی تر (مثلاً شش ماهه یا یک ساله) می تواند پایداری اثرات مداخلات را به شکل دقیق تری ارزیابی کند. بهره گیری از روش های چندمنبعی، مانند گزارش مشاوران یا هم تایان، علاوه بر ابزارهای خود گزارشی، به اعتبار نتایج خواهد افزود. همچنین مقایسه اثربخشی تلفیقی این دو رویکرد (ACT + طرحواره درمانی) می تواند افق جدیدی در درمان شکست های عاطفی و ارتقاء رشد پس آسیمی بگشاید.

نتایج این پژوهش به متخصصان سلامت روان، روان درمانگران و مشاوران دانشجویی توصیه می کند که از هر دو رویکرد ACT و طرحواره درمانی در

مداخلات مرتبط با آسیب های عاطفی، به ویژه در جمعیت های جوان و دانشگاهی، بهره ببرند. تدوین پروتکل های کوتاه مدت گروهی با بهره گیری از مؤلفه های کلیدی این درمان ها می تواند به افزایش بهره وری درمان، کاهش هزینه و تسهیل دسترسی منجر گردد. همچنین، استفاده از این درمان ها در بستر مشاوره های پیشگیرانه برای دانشجویان درگیر در روابط ناسالم می تواند به عنوان راهبردی مداخله محور، موجب جلوگیری از وخامت مشکلات روانی و افزایش تاب آوری هیجانی گردد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

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

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می گردد.

References

- Aliaskari, S. (2024). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on the Regulation of Primary Emotions in Young Girls With Body Deformity Disorder. *Injoeacs*, 5(2), 73-82. <https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.5.2.9>

- 45(3), 38-43. <http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-1-2518-en.html>
- Keyvanlo, S., Nariman, M., & Basharpour, S. (2022). The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy (EST) on Difficulties in Emotion Regulation Among Mothers Having Children With Intellectual Disabilities. *Aftj*, 3(1), 243-262. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.1.13>
- Khandabi, E. G., Peymani, J., Tizdast, T., & Khalatbari, J. (2024). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Emotion-Focused Therapy on Attitudes Towards Infidelity Among Individuals Experiencing Marital Conflict. *Aftj*, 5(2), 87-94. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.2.10>
- Kim, K. A., & Кадыров, P. B. (2022). Group Schema Therapy for Reducing Parenting Stress in Families With Children With Disabilities. *Bulletin of Kemerovo State University*, 24(4), 517-524. <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2022-24-4-517-524>
- Marashian, F. S., & Shahbazi, M. (2023). Relative Effectiveness of Acceptance/Commitment and Schema Therapies on Love Trauma Syndrome and Self-Compassion in Unmarried Girls With Emotional Breakdown. *Journal of Research and Health*, 13(6), 437-446. <https://doi.org/10.32598/jrh.13.6.1973.3>
- Moghaddam, E. B., Madahi, M. E., & Ghodsi, P. (2023). Comparison of the Effectiveness of the Approach of Schema Therapy With Treatment Based on Acceptance and Commitment on Emotional Intelligence of Married Men and Women With Extramarital Relationship. *Aftj*, 4(1), 286-311. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.1.15>
- Nezami, A., Vatankeh, H., Zarbakhsh, M. R., & Shiroudi, S. G. (2022). The Effectiveness of Schema Therapy and Imago Therapy on the Difficulty of Emotion Regulation and Failure in People Involved in Emotional Divorce. *Aftj*, 3(2), 166-187. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.2.8>
- Omidbeygi, M., Hassanabadi, H., Hatami, M., & Vaezi, A. A. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility, Post Traumatic Growth and Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Journal of Clinical Psychology*, 12(3), 47-58. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18211.1701>
- Seidyousefi, M., Mohamadian, F., & Nademi, A. (2024). Comparing the Effectiveness of Schema-Focused Couple Therapy and Emotion-Focused Couple Therapy on Marital Offense Forgiveness in Couples With Marital Discrepancies. *Aftj*, 5(1), 155-166. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.1.17>
- Soleimani, M., Rostami, H., Ameri, M. A., & Ghasemi, S. (2024). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Irrational Beliefs and Body Image of Women With Body Deformity Disorder. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 46(2), 217-225. <https://doi.org/10.34172/mj.2024.028>
- Yakin, D., & Arntz, A. (2023). Understanding the Reparative Effects of Schema Modes: An in-Depth Analysis of the Healthy Adult Mode. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1204177>
- Yin, B., Wang, Y., Fei, C.-Y., & Jiang, K. (2022a). Metaverse as a Possible Tool for Reshaping Schema Modes in Treating Personality Disorders. <https://doi.org/10.31234/osf.io/m2a7t>
- Yin, B., Wang, Y., Fei, C.-Y., & Jiang, K. (2022b). Metaverse as a Possible Tool for Reshaping Schema Modes in Treating Alokandeh, R. S. (2024). Enhancing Emotion Regulation and Psychological Flexibility, and Body Image Concern in Girls With Body Image Dissatisfaction Through Schema Modes Therapy. *Jarac*, 6(2), 177-184. <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.6.2.22>
- Amiri, A. M., Hassanzadeh, R., & Heydari, S. (2024). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Life Therapy on Emotion Regulation and Attitudes Towards Eating in Women With Obesity. *Hn*, 2(2), 68-76. <https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.2.8>
- 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. *Jayps*, 5(3), 44-54. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.3.5>
- Ebrahimi, F., Amini, N., & Keykhosrovan, M. (2023). Effectiveness of Schema Therapy on Symptoms of Love Trauma, Depression, and Anxiety in Young Women With Experience of Emotional Failure. *PWJ*, 4(4), 156-163. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.4.4.19>
- Egli, S., Badenbach, T., Emmerik, A. v., Stefan, A. M., & Kopf-Beck, J. (2024). Emotion Regulation and Attachment as Mechanisms of Change in Schema Therapy and Cognitive Behaviour Therapy for Depression. <https://doi.org/10.31219/osf.io/67vhn>
- Ezzatpanah, F., & Latifi, Z. (2019). The effectiveness of acceptance, commitment, and compassion-based training on pain catastrophizing, distress tolerance, and post-traumatic growth in patients with fibromyalgia syndrome. *Health Psychology*(32), 127-142. <https://civilica.com/doc/1906146/>
- Ghasemkhanloo, A., Atadokht, A., & Sabri, V. (2021). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Severity of Depression, Emotional Dysregulation and Emotional Schemas in Patients With Major Depressive Disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(3), 76-88. <https://doi.org/10.32598/shenakht.8.3.76>
- Ghasemkhanloo, A., Atadokht, A., & Sabri, V. (2022). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Severity of Depression and Cognitive Emotional Regulation Strategies in Major Depression Disorder. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 14(1), 38-44. <https://doi.org/10.52547/nkums.14.1.38>
- Hatkehpshiti, Z. K., Hasanazadeh, R., & Emadian, S. O. (2022). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Emotional Schema Therapy on Neuroticism and Dysfunctional Attitudes in Cardiovascular Patients. *Aftj*, 3(3), 280-296. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.3.16>
- Hepworth, N. S. (2025). "When Standard Treatments Are Not Enough" – Showcasing Schema Therapy for the Treatment of Anorexia Nervosa and Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.23801>
- Isari, S., Shahbazi, M., & Jofreh, M. G. (2023). The Effectiveness of Couple Therapy Based on Acceptance and Commitment on Love Schemas and Emotional Schemas in Couples With Extramarital Relationships. *Jarac*, 5(2), 24-33. <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.5.2.4>
- Kazempour, A., Mirderkvand, F., & Amraei, K. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Acceptance and Post-Traumatic Growth in Colorectal Cancer Patients Comorbid with Stress. *Research-in-Medicine*,

- Personality Disorders. *Frontiers in psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1010971>
- Yussefian, N. Z., Shiroudi, S. G., Khalatbari, J., & Rahmani, A. M. (2023). Effectiveness of a Transdiagnostic Educational Package Based on Cognitive Behavioral Therapy, Schema Therapy, and Meaning Therapy on Psychological Well-Being and Marital Burnout in Women Experiencing Emotional Divorce. *PWJ*, 4(4), 67-75. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.4.4.8>