



Original Article



The Effectiveness of Psychodrama Therapy on Experiential Avoidance and Psychological Pain in Individuals with Prolonged Grief Disorder

Marziye Taheribani¹ , Gholamreza Talebi^{2*}

¹ MA. Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

² Assistant Professor, Department of Health Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Article History:

Received: 9 September 2025

Revised: 6 May 2026

Accepted: 12 May 2026



***Corresponding Author:** Gholamreza Talebi, Assistant Professor, Department of Health Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

E-mail: rezatalebi@iau.ac.ir

Abstract

Background and Aim: Prolonged grief disorder is a common consequence of loss that can lead to ongoing psychological distress and impairment in personal and social functioning. This study aimed to investigate the effectiveness of psychodrama in reducing experiential avoidance and mental pain among individuals with prolonged grief disorder.

Materials and Methods: In the present study, a semi-experimental, pretest-posttest, control group design with a three-month follow-up was employed. The statistical population included people with prolonged grief who were referred to psychological clinics in Isfahan in 2023. Of these, 36 people were purposively selected based on the inclusion criteria and were randomly and equally assigned to two experimental and control groups. The experimental group received psychodrama intervention during 10 sessions (90 minutes per session). For data collection in the Experiential Avoidance questionnaires by Gómez et al. (2011), the Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (2003) was used. The collected data were analyzed using SPSS (version 26) and repeated-measures analysis of variance.

Results: The results showed that the effect of the psychodrama intervention on experiential avoidance and mental pain in people with prolonged grief disorder was significant ($P < 0.05$). The effect sizes were 32.3% and 19.5%, respectively, and these effects remained stable during the follow-up phase.

Conclusion: Psychodrama intervention was associated with decreased experiential avoidance and reduced mental pain in people with prolonged grief disorder, so this method can be used to improve their mental health.

Keywords: Experiential Avoidance, Mental Pain, Prolonged Grief Disorder, Psychodrama

Please cite this article as follows: Taheribani M, Talebi Gh. The Effectiveness of Psychodrama Therapy on Experiential Avoidance and Psychological Pain in Individuals with Prolonged Grief Disorder. SJPP. 2026;13(1):109-118. DOI: 10.22034/13.1.109





اثربخشی درمان روان‌نمایشگری بر اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت

مرضیه طاهری‌بنی^۱ ID، غلامرضا طالبی^۲ ID*

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال سوگ طولانی‌مدت یکی از پیامدهای شایع فقدان است که می‌تواند به تداوم پریشانی روانی و اختلال در کارکردهای فردی و اجتماعی بینجامد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌نمایشگری در اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت انجام شد.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به سوگ طولانی‌مدت مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بودند. از این بین، به‌صورت هدفمند و مبتنی بر ملاک‌های ورود، ۳۶ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی و برابر در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش مداخله روان‌نمایشگری را طی ده جلسه نود دقیقه‌ای دریافت کرد. برای ارزیابی تغییرات، پرسش‌نامه‌های اجتناب تجربه‌ای گامز و همکاران (۲۰۱۱) و پرسش‌نامه درد ذهنی اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تأثیر مداخله روان‌نمایشگری بر اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت معنادار ($P < 0.05$) و اندازه اثر مداخله در گروه آزمایش به ترتیب ۳۲/۳ و ۱۹/۵ درصد بود که این تأثیرات در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند.

نتیجه‌گیری: مداخله روان‌نمایشگری با کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهبود درد ذهنی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت همراه شد. بنابراین می‌توان از این روش برای بهبود سلامت روان این افراد سود جست.

واژگان کلیدی: روان‌نمایشگری، اجتناب تجربه‌ای، درد ذهنی، اختلال سوگ طولانی‌مدت

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۱۸

ویرایش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۶

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۲

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

***نویسنده مسئول:** غلامرضا طالبی، استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

ایمیل:

rezatalebi@iau.ac.ir

استناد: طاهری‌بنی، مرضیه؛ طالبی، غلامرضا. اثربخشی درمان روان‌نمایشگری بر اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت. مجله علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، بهار ۱۴۰۵؛ ۱۳(۱): ۱۱۸-۱۰۹.

مقدمه

(کمتس، اسمیت، رامل، اسپریونبرگ، لاندورف و داکرز^۳، ۲۰۲۴). بااین‌حال، گذر زمان و درگیرشدن دوباره با فعالیت‌های روزمره، اغلب کمک می‌کند تا افراد روابط بین‌فردی خود را بازسازی، برای آینده برنامه‌ریزی و به زندگی عادی نزدیک شوند (هایلند، ردیکن، کاراتسیستس و شاولن^۴، ۲۰۲۴). باوجوداین، برخی همچنان درگیر واکنش‌های شدید و ماندگار سوگ می‌مانند؛ چنان‌که پس از گذشت مدت‌زمان طولانی نیز قادر به عملکرد طبیعی و معمول زندگی

یکی از عمیق‌ترین و دشوارترین تجارب انسانی، مواجهه با مرگ و فقدان عزیزان است؛ تجربه‌ای که با مجموعه‌ای از واکنش‌های رفتاری، شناختی، هیجانی و روانی در قالب سوگ^۱، غم و اندوه بروز می‌یابد و فرایندی طبیعی در سازگاری با این رویداد شناخته می‌شود (یوان، لیو و ژانگ^۲، ۲۰۲۴). بسیاری افراد در پی این تجربه سهمگین، احساس می‌کنند بنیان‌های جهان شخصی‌شان فرو ریخته و عملکرد روانی - اجتماعی‌شان به‌شدت مختل شده است

³ Comtesse, Smid, Rummel, Spreeuwenberg, Lundorff & Dückers

⁴ Hyland, Redican, Karatzias & Shevlin

¹ Grief

² Yuan, Liu & Zhong

بیان، مدل‌های نظری نیز نشان می‌دهد برخی افراد برای فرار از رنج طاق‌ت‌فرسای سوگ، از افکار، مکان‌ها یا خاطرات مرتبط با متوفی دوری می‌کنند که این اجتناب در بلندمدت با جلوگیری از پردازش هیجانی طبیعی سوگ، به تشدید نشانه‌های اصلی PGD، به‌ویژه اشتیاق برای متوفی منجر می‌شود. به عبارت دقیق‌تر، اجتناب تجربی رابطه بین درد ذهنی و اشتیاق مزمن را تبیین می‌کند؛ چنان‌که درد ذهنی از طریق افزایش اجتناب، فرد را در چرخه معیوب دل‌تنگی و جست‌وجوی متوفی گرفتار می‌کند (سون، لی و هاین^{۱۴}، ۲۰۲۵؛ هاردت^{۱۷}، ۲۰۱۹).

افت قابل توجه سلامت روان و افزایش آسیب‌پذیری در غیاب درمان‌های حمایتی و مداخله‌ای مناسب، این گروه از افراد را بیش از پیش در معرض پیامدهای منفی سوگ طولانی قرار می‌دهد. از این‌رو، تاکنون طیف متنوعی از مداخلات در قالب رویکردهای مختلف در جهت بهبود علائم سوگ طولانی مدت ارزیابی شده است؛ از جمله اثربخشی مواجهه درمانی روایتی بر کاهش علائم سوگ و تسهیل رشد پس از ضربه (رضایی‌شاهی، شعیری و ساریچلو، ۲۰۲۵)؛ درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان، هم‌جوشی شناختی و خودشفقتی (دارایی، نوروزی و حسینی طب‌دهی، ۱۴۰۴)؛ درمان شناختی - رفتاری بر سازگاری و خشم (رجبلو، طاهر، محمدیان، والیان و ابراهیم‌ناتج، ۲۰۲۴)؛ درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و حل مسئله اجتماعی (دوستی، دوستی و یآوری، ۲۰۲۴) و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر معنای زندگی و تجربه سوگ (شاملی، چالمه و خرم‌دل، ۲۰۲۱) در افراد مبتلا به سوگ طولانی مدت اثربخش گزارش شده‌اند.

با این حال، بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد اغلب طراحی مداخلات یا بر پایه اصلاح سازه‌های مرتبط با سازگاری در برابر سوگ یا کاهش علائم آن متمرکز بوده است و به اصلاح سازه‌های درون‌روانی و رفتاری و بااهمیت، نظیر اجتناب تجربی و درد ذهنی در فرایند تبدیل سوگ طبیعی به سوگ طولانی مدت (سون و همکاران، ۲۰۲۵) توجه اندکی شده است. بنابراین، به نظر می‌رسد ضرورت طراحی مداخلاتی که بتواند سازه‌های اصلی را در شکل‌گیری سوگ طولانی مدت از خلال سوگ طبیعی و تداوم آن آماج قرار دهد، حائز اهمیت است. چنان‌که در سال‌های اخیر، ادبیات درمانی و پژوهشی‌های خارجی در کاربست درمان‌های با ماهیت تعاملی و در قالب‌های هنری و خلاقانه، برای تعارض‌های درون‌روانی و سوگ‌های حل‌نشده استقبال گسترده‌ای نشان داده‌اند که یکی از این روش‌ها، درمان روان‌نمایشگری یا سایکودرام^{۱۸} است

نیستند و به سوگی پیچیده و پایدار، که به اختلال سوگ طولانی مدت^۵ شهرت دارد، مبتلا می‌شوند (ایسما^۶، ۲۰۲۳؛ ترمل، بریلر و کرستینگ^۷، ۲۰۲۲).

اختلال سوگ طولانی مدت، که به تازگی در پنجمین ویراست تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مطرح شد^۸، به نوعی پاسخ شدید، مداوم (بیش از ۱۲ ماه) و ناسازگارانه به سوگ اشاره دارد که توانایی فرد را در عملکرد انطباقی به شدت مختل می‌کند (روبین، مالکینسون و ویتستوم^۹، ۲۰۲۲). این اختلال با ویژگی‌هایی چون اشتیاق سوزان به فرد متوفی، اشتغال ذهنی مداوم با یاد او و بروز اختلالات عمیق در روابط اجتماعی و عاطفی مشخص می‌شود و اغلب با پیامدهای نامطلوب در ابعاد سلامت جسمی و روانی و پایداری در الگوهای ناسازگارانه سوگواری همراه است (سیرواستاوا، لی، ارنکرانز، کوزولینو، وایز و برنز^{۱۰}، ۲۰۲۵). شدت و تداوم علائم با تجربه‌هایی چون حسرت و دل‌تنگی شدید، درد عاطفی پایدار، درگیری ذهنی پیوسته با یاد متوفی، ناباوری فقدان، بی‌حسی هیجانی، احساس عمیق تنهایی و ناتوانی در بازگشت به روال عادی زندگی گسترش می‌یابد (پریجرسون، بولن، شو، اسمیت و ماسیجوسکی^{۱۱}، ۲۰۲۱). شواهد نشان می‌دهد یکی از عوامل مؤثر در گسترش شکل‌گیری و تداوم این علائم، اجتناب تجربی^{۱۲} است (اصفهان، یوسفی و قریبه، ۲۰۲۵).

اجتناب تجربی به گرایش فرد برای دوری از تجربه افکار، احساسات و خاطرات ناخوشایند به جای مواجهه مناسب و پذیرش آن‌ها اشاره دارد (محمدي و چوب‌فروش‌زاده، ۱۴۰۴). چنان‌که سطوح بالای این ویژگی، افراد را مستعد عدم رویارویی و پردازش مناسب هیجانات، کنترل و سرکوب یا فرار از افکار، احساسات و خاطرات مرتبط با سوگ می‌کند (اصفهان و همکاران، ۲۰۲۵). اگرچه این مکانیسم ممکن است به‌طور موقت موجب کاهش ناراحتی شود، در بلندمدت مانع از گذار طبیعی فرایند سوگ می‌شود و احتمال تثبیت هیجانات منفی، شکل‌گیری و پیشرفت اختلال سوگ طولانی مدت را افزایش می‌دهد (هاردت، ویلیامز و جاب‌شیلدرز^{۱۳}، ۲۰۲۲).

در این بین، بررسی‌های نظام‌مند نشان می‌دهد یکی از عوامل مؤثر در افزایش راهبردهای ناسازگارانه اجتناب تجربی، درد ذهنی^{۱۴} ناشی از فقدان در سوگ طولانی مدت است (ویلسون، آندروود و راستی‌ایباروندو^{۱۵}، ۲۰۲۱). درد ذهنی، که نوعی رنج روانی است، با ترکیبی از هیجانات منفی، مانند احساس گناه، شرم، تحقیر، غم و اندوه، ناامیدی و خشم با داشتن دیدگاه منفی به خود توصیف می‌شود (ارتضایی، نیسی، حمید و داودی، ۱۴۰۱). همسو با این

¹² Experiential Avoidance

¹³ Hardt, Williams & Jobe-Shields

¹⁴ Mental Pain

¹⁵ Wilson, Underwood & Errasti-Ibarrondo

¹⁶ Son, Lee & Hyun

¹⁷ Hardt

¹⁸ Psychodrama Therapy

⁵ Prolonged Grief Disorder

⁶ Eisma

⁷ Trembl, Brähler & Kersting

⁸ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)

⁹ Rubin, Malkinson & Witztum

¹⁰ Srivastava, Lee, Ehrenkranz, Cuzzolino, Wise & Burns

¹¹ Prigerson, Boelen, Xu, Smith & Maciejewski

روش کار

طرح پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلابه سوگ طولانی‌مدت مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود. از این بین، ۳۶ نفر به‌صورت هدفمند و مبتنی بر ملاک‌های ورود، انتخاب و به‌طور تصادفی و برابر به دو گروه آزمایش و کنترل دسته‌بندی شدند. حجم نمونه ۳۸ نفری (برای هر گروه ۱۸ نفر)، براساس اندازه اثر ۰/۴۰ و با استفاده از نرم‌افزار G Power برآورد شد. انتخاب اندازه اثر ۴۰ درصدی مبتنی بر توصیه کوهن^{۲۸} (۲۰۱۳) برای برآورد کفایت مناسب توان آماری در انتخاب نمونه در علوم رفتاری بود.

معیارهای ورود شامل تشخیص اختلال سوگ طولانی‌مدت براساس سوابق پرونده افراد و مصاحبه بالینی کوتاه، رضایت آگاهانه و تمایل به شرکت در پژوهش، هم‌زمان نبودن جلسات مشاوره یا درمانی دیگر با اجرای پژوهش و نداشتن مشکل جسمانی یا اختلال روانی که طی مصاحبه کوتاهی با آزمودنی‌ها بررسی شد. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل تمایل نداشتن به ادامه همکاری، انجام‌دادن تکالیف و بیش از سه جلسه غیبت متوالی بود که در نهایت، هیچ ریزشی در گروه‌ها وجود نداشت. ملاحظات اخلاقی در پژوهش مبنی بر کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، اصل رازداری و اجرای جلسات درمانی برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش رعایت شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و در آمار استنباطی، برای بررسی فرضیه، از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و آزمون تعقیبی بون‌فرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

پس از اجرای پرسش‌نامه‌های اجتناب تجربه‌ای گامز^{۲۹} و همکاران (۲۰۱۱) و پرسش‌نامه چندبعدی درد ذهنی اورباخ^{۳۰} و همکاران (۲۰۰۳) به‌عنوان پیش‌آزمون روی هر دو گروه، پژوهشگر، تحت نظارت متخصص بالینی مسلط به درمان روان‌نمایشگری، این درمان را در ده جلسه نوددقیقه‌ای در ده هفته متوالی براساس پروتکل سایکودرام لونتون^{۳۱} (۲۰۱۸)، روی آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. به‌منظور پیشگیری از ریزش در گروه‌های نمونه، به اعضا اطلاع داده شد حضور به‌موقع، فعالانه و توأم با همکاری آن‌ها، با ارائه خدمات رایگان آموزشی و مشاوره به‌مدت سه ماه توسط آموزشگر همراه است. در پایان جلسات درمانی، پرسش‌نامه‌های پژوهش

(مایا، پرزبربل، گیرالدو و هورتادو^{۱۹}، ۲۰۲۵)؛ چنان‌که جاکوموچی، مارکیت، بریگز و گوپتا^{۲۰} (۲۰۲۵) شواهد قابل توجهی دال بر اثربخشی روان‌نمایشگری در طیفی از مشکلات سلامت روان، از جمله اختلال سوگ طولانی‌مدت، ارائه کردند.

روان‌نمایشگری یکی از شاخه‌های هنردرمانی با مفروضه‌های متفاوت در حوزه روان‌درمانی است که مورنو^{۲۱} در اوایل دهه ۱۹۲۰ میلادی ابداع کرد و زرکا توئما^{۲۲} آن را توسعه داد (اسحاقی و بهاری، ۲۰۱۹). مفروضه‌های اصلی آن براساس اصول خودانگیختگی^{۲۳}، خلاقیت^{۲۴} و بازآفرینی تجربیات عملی استوار است. این روش درمانی ترکیبی از روان‌درمانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و تاثیردرمانی قلمداد می‌شود که به افراد امکان بررسی و حل مسائل خود را در قالب عمل و ایفای نقش می‌دهد. راهبردهای اصلی روان‌نمایشگری شامل دوبل‌سازی^{۲۵}، یعنی بیان دوسویه احساسات و افکار نگفته فرد از زبان هم‌گروهی، آینه‌سازی^{۲۶}، یعنی مشاهده رفتار خود از بیرون، معکوس‌سازی نقش^{۲۷}، یعنی امکان دیدن موقعیت از دیدگاه دیگری و رویارویی^{۲۸} است که تعامل مستقیم و صادقانه با خود و بین افراد را تسهیل می‌کند (آرکیبی^{۲۹}، ۲۰۲۵).

هدف اصلی مداخله روان‌نمایشگری کاوش عمیق احساسات و هیجانات و حل تعارضات مرتبط با آن‌هاست که از طریق این فرایند، بازسازی موقعیت‌های مهم زندگی (مانند تجربه سوگ)، افکار و هیجانات به‌طور ملموس‌تری تجربه و بینش عمیق‌تری درباره احساسات کسب می‌شود (ون‌املن و بکر - ایبل^{۳۰}، ۲۰۲۰). از این‌رو، به نظر می‌رسد ویژگی‌های خاص این درمان در افراد مبتلابه سوگ طولانی‌مدت می‌تواند اصلاحگر مکانیسم زیربنایی چرخه‌های معیوب درد ذهنی - اجتناب تجربی (سون و همکاران، ۲۰۲۵) و از طریق مهارت‌های مبتنی بر عمل، به تجربه بی‌واسطه و بینش عمیق‌تر درباره افکار، احساسات و هیجانات ناخوشایند در سوگ طولانی‌مدت منتج شود (جاکوموچی و همکاران، ۲۰۲۵). لذا، با توجه به‌خلأهای موجود در پژوهش‌های داخلی برای ارزیابی این روش در اختلال سوگ طولانی‌مدت و سازه‌های کلیدی اجتناب تجربی و درد ذهنی در تداوم آن و همچنین، پیامدهای ثانویه‌ای، مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب و کاهش کیفیت زندگی این گروه از افراد (سیرواستاوا و همکاران، ۲۰۲۵)، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان روان‌نمایشگری در اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در افراد مبتلابه اختلال سوگ طولانی‌مدت انجام شد.

²⁸ Encounter

²⁹ Orkibi

³⁰ von Ameln & Becker-Ebel

³¹ Cohen

³² Gamez

³³ Orbach

³⁴ Leventon

¹⁹ Maya, Pérez-Berbel, Giraldo-Arroyave & Hurtado

²⁰ Giacomucci, Marquit, Briggs & Gupta

²¹ Moreno

²² Zerka Toema

²³ Spontaneity

²⁴ Creativity

²⁵ Doubling

²⁶ Mirroring

²⁷ Role Reversal

حواس‌پرتی/افروشنانی، انکار/سرکوبی و تحمل پریشانی به‌ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۵۵، ۰/۸۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ گزارش شد. همچنین پایایی در مطالعه حاضر از روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۹ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه چندبعدی درد ذهنی (MMP): اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) این مقیاس را برای ارزیابی درد ذهنی طراحی کردند. پرسش‌نامه ۴۴ گویه با ۹ خرده‌مقیاس تغییرناپذیری، فقدان کنترل، خودشیفتگی/بی‌ارزشی، آشفتگی هیجانی، خشک‌زدگی/بخت، ازخودبیگانگی، سردرگمی، فاصله‌گیری اجتماعی و پوچی/بی‌معنایی دارد که روی طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای، از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود و افزایش امتیازات به معنای درد ذهنی بالاتر است. اعتباریابی نسخه اولیه توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) از طریق تحلیل عاملی اکتشافی نه عامل مذکور درد ذهنی، برازش مطلوب نشان داد و ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای هر عامل به‌ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۵، ۰/۹۳، ۰/۸۵، ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۸۰ و ۰/۷۸ گزارش شد. در ایران نیز نتایج تحلیل عامل اکتشافی توسط بگیان کوله‌مرز و همکاران (۱۳۹۸) شش عامل اصلی را در نسخه ایرانی مشخص کرد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۶۶ و برای هریک از عوامل پوچی/بی‌ارزشی، سردرگمی/آشفتگی هیجانی، فقدان کنترل، تغییرناپذیری، فاصله‌گیری/ازخودبیگانگی و ترس از تنهایی به‌ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۶ و ۰/۶۱ گزارش دادند. همچنین، پایایی در مطالعه حاضر از روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۷ به دست آمد.

به‌عنوان پس‌آزمون روی هر دو گروه اجرا و سه ماه بعد، هر دو گروه به پرسش‌نامه‌ها به‌عنوان مرحله پیگیری پاسخ دادند. خلاصه جلسات پروتکل روان‌نمایشگری لونتون (۲۰۱۸) که پیش از این، اعتباربخشی آن در مطالعه چراغی و توسلی (۲۰۲۰) به اثبات رسید، در جدول ۱ ارائه شده است.

ابزار

پرسش‌نامه اجتناب تجربه‌ای گامز (MEAQ): پرسش‌نامه اجتناب تجربه‌ای را گامز و همکاران (۲۰۱۱) برای ارزیابی رویاروی افراد با تجربیات خاص ساخته‌اند. این پرسش‌نامه شامل ۶۲ گویه است و شش خرده‌مقیاس اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس‌پرتی/افروشنانی، انکار/سرکوبی و تحمل پریشانی را روی طیف لیکرت شش‌درجه‌ای، از شدیداً موافقم (۵) تا شدیداً مخالفم (۰)، نمره‌گذاری می‌کند که افزایش امتیازات به معنای اجتناب تجربه‌ای بالاتر است. گویه‌های ۲۳ و ۳۰ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. سازندگان پرسش‌نامه ضرایب آلفای کرونباخ را در نمونه‌های مختلف بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و همبستگی $r=0.74$ آن را با پرسش‌نامه تعهد و عمل به‌عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. مرادی و همکاران (۱۳۹۶) پرسش‌نامه مذکور را اعتباریابی کردند و شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI)، برازش تطبیقی (CFI) و ریشه دوم میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) در سطح قابل قبول و مطلوب گزارش شده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق،

جدول ۱. شرح جلسات درمان روان‌نمایشگری لونتون (۲۰۱۸).

جلسات	موضوعات جلسه	تکنیک گرم کردن	تکنیک اجرا
۱	خوشامدگویی، آماده‌سازی، ایجاد فضای امن، معارفه و آشنایی اعضا با همدیگر و رهبر، مروری بر اهداف و ساختار، آشنایی با قوانین (رازداری، انتظارات و حقوق اعضا)	تکنیک پرتاب توپ برای معرفی خود و بیان احساسات	-
۲	آشنایی با ساختار سایکودراما ایفای نقش، نقش هریک از اعضا (شخص اول، یاور و ...)	تکنیک آماده‌سازی کلامی	ایفای نقش پروتاگونیست با محوریت از دست‌دادن عزیز و احساسات مرتبط، تکنیک تک‌گویی، وارونگی نقش و صندلی خالی، دریافت بازخورد از اعضا و حمایت گروه
۳	مرور خاطرات گذشته و نقش آن در شکل‌گیری سوگ، شناسایی الگوهای هیجانی مرتبط با سوگ	نوشتن با دست غیرمسلط (ثبت خاطره‌ای از دست‌دادن عزیز)	تکنیک تک‌گویی، وارونگی نقش و بدل، تحلیل خاطرات و ارائه بازخورد مثبت از اعضا
۴	مدیریت احساسات مرتبط با سوگ، شناسایی ترس‌ها و اضطراب‌های مربوط به فقدان	تکنیک آگاهی بازاری	ایفای نقش پروتاگونیست با تمرکز بر اضطراب فقدان، استفاده از تکنیک برون‌فکشی آینده و تحقق خود
۵	مرور جلسه قبل و بررسی تجربیات اعضا و احساسات، شناسایی احساسات ناتمام و بیان نشده	تکنیک خوشبختانه - بدبختانه	استفاده از تکنیک صندلی خالی و تک‌گویی برای بیان احساسات ناتمام، دریافت بازخورد از گروه

³⁶ Multidimensional Mental Pain questionnaire

³⁵ Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire

۶	مواجهه با درد ذهنی ناشی از سوگ، تقویت تاب‌آوری هیجانی	تکنیک مغازة جادویی	اجرای تکنیک وارونگی نقش و تحقق خود، تحلیل افکار و احساسات در گروه
۷	بررسی الگوهای رفتاری اجتنابی و آثار آن، شناسایی منابع حمایت عاطفی	پایکوبی و جملات متقاطع	تکنیک تک‌گویی، اتاق تاریک و ریلکسیشن، مشارکت اعضا و دریافت بازخورد
۸	مرور جلسه قبل و بیان تجارب اعضا، بررسی نقش خاطرات در فرایند سوگ	داستان‌گویی	تکنیک برون‌فکنی آینده، حمایت اعضا از پروتاگونیست
۹	پذیرش احساسات مرتبط با فقدان، تقویت ارتباط با خود	پیاده‌روی با چشمان بسته و تمرین دم و بازدم	تکنیک تک‌گویی احساسات، وارونگی نقش و فن پنج سال آینده، بیان نظرهای مثبت اعضا
۱۰	جمع‌بندی مطالب و اتمام جلسات، ارائه بازخورد نهایی اعضا	موسیقی و شعرخوانی	اجرای تکنیک فرافکنی آینده با مشارکت تمام اعضا با هدف تقویت نقاط مثبت اکتسابی اعضا، ارائه نظریات و بازخوردهای اعضای گروه به همدیگر و جلساتی که نقش پروتاگونیست داشتند، بررسی عملکرد اعضا در زمینه تجارب آموخته‌شدن در طول جلسات

نتایج

نتایج بررسی متغیرهای دموگرافیک نشان داد از نظر سن میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، $29/33 \pm 9/40$ و گروه کنترل $36/55 \pm 1/12$ است. برای بررسی یکسانی فراوانی شرکت‌کنندگان در دو گروه پژوهش از نظر متغیر سن با توصیف آن در چهار گروه (۱۸ تا ۲۵؛ ۲۶ تا ۳۵؛ ۳۶ تا ۴۵ و ۴۵ بالاتر)، نتایج آزمون خی‌دو نشان داد که از نظر توزیع سن بین

دو گروه پژوهش، تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). در زمینه درصد فراوانی جنسیت در گروه آزمایش، ۵۰ درصد (۹ نفر) اعضا مرد، ۵۰ درصد زن (۹ نفر) بودند که این میزان برای گروه کنترل به ترتیب $44/4$ و $55/6$ درصد (۸ نفر مرد و ۱۰ نفر زن) بود و نتایج آزمون خی‌دو برای بررسی تفاوت توزیع جنسیت در دو گروه حاکی از نداشتن تفاوت معنادار بود. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله اندازه‌گیری.

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اجتناب	آزمایش	۲۰۶/۲۷	۱۹/۸۱	۱۴۵/۱۶	۱۷/۰۹	۱۴۸/۷۷	۱۷/۸۲
تجربه‌ای	کنترل	۲۰۰/۹۴	۳۴/۵۶	۲۰۳/۴۴	۳۱/۸۳	۲۰۳/۱۶	۳۴/۹۰
درد ذهنی	آزمایش	۱۵۳/۰۰	۱۸/۵۱	۱۲۲/۶۱	۱۶/۶۶	۱۲۳/۵۵	۱۸/۴۲
	کنترل	۱۵۲/۷۲	۱۹/۳۶	۱۵۰/۷۷	۲۰/۶۳	۱۵۱/۶۶	۲۲/۶۲

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در هر دو گروه، قبل از مداخله تفاوت چندانی با هم ندارد. اما پس از انجام مداخله، میانگین نمرات متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در گروه آزمایش کاهش چشمگیری یافته است و این نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است، درحالی‌که در گروه کنترل تغییرات محسوسی وجود ندارد.

به‌منظور بررسی اثر مداخله روی متغیرهای وابسته، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل، برای بررسی پیش فرض‌ها از آزمون شاپیرو - ویلک، برای نرمال‌بودن توزیع متغیرها از آزمون لوین، برای برابری واریانس گروه‌ها از آزمون ام‌باکس، برای برابری ماتریس واریانس-کوارینانس و برای پیش‌فرض برابری کرویت از آزمون ماچلی استفاده شد. نتایج نشان داد دو متغیر اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال، برابری

برای متغیر اجتناب تجربه‌ای ($P=0/052$) و متغیر درد ذهنی ($P=0/181$) به دست آمده است. بنابراین، این پیش‌فرض نیز رعایت شده است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در جدول ۳ ارائه شده است.

واریانس خطا و برابری ماتریس واریانس - کوواریانس بود. نتایج آزمون لوین در دو متغیر پژوهش در سه مرحله زمانی، معنی‌داری بالاتر از ۰/۰۵ نشان داد ($P=0/158$)، لذا مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است. همچنین، نتایج آزمون ماچلی درباره پیش‌فرض یکسانی واریانس اختلافات نشان داد که میزان معناداری

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی.

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
اجتناب تجربه‌ای	اثر زمان	۱۹۵۰۶/۰۱	۲	۹۷۵۳/۰۰	۲۳۷/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۵	۰/۹۹
	زمان × گروه	۲۲۸۸۴/۷۲	۲	۱۱۴۴۲/۳۶	۲۷۸/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹۱	۰/۹۹
	اثر گروه	۳۴۵۶۱/۳۳	۱	۳۴۵۶۱/۳۳	۱۶/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲۳	۰/۹۷
درد ذهنی	اثر زمان	۵۵۶۶/۱۶	۲	۲۷۸۳/۰۸	۱۶۲/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۷	۰/۹۹
	زمان × گروه	۵۱۹۲/۰۵	۲	۲۵۹۶/۰۲	۱۵۱/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۷	۰/۹۹
	اثر گروه	۹۰۷۵/۰۰	۱	۹۰۷۵/۰۰	۸/۲۳	۰/۰۰۰۷	۰/۱۹۵	۰/۷۹

چنان‌که نتایج آزمون بونفرونی نشان داد (جدول ۴)، میانگین نمرات در متغیر اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی، بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/05$)، ولی بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$). به این معنی که از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی تغییر معناداری اتفاق افتاده، ولی بین پس‌آزمون با پیگیری این دو متغیر تغییر معناداری نداشته‌اند و آثار درمان پایدار مانده است. بنابراین، در نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت مداخله روان‌نمایشگری بر اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت اثر معناداری داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری نشان داد (جدول ۳) براساس ظرایب F محاسبه‌شده، می‌توان نتیجه گرفت دریافت مداخله روان‌نمایشگری در مراحل مختلف ارزیابی در نمره اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد تعامل گروه و زمان ۸۹/۱ درصد از تفاوت در واریانس اجتناب تجربه‌ای و ۸۱/۷ درصد از واریانس درد ذهنی را تبیین می‌کند. به عبارت دیگر، مداخله روان‌نمایشگری با توجه به میانگین نمره اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، موجب کاهش اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در گروه آزمایش شده و این تأثیر در طول زمان ماندگار بوده است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل سه‌گانه در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش در سه مرحله اندازه‌گیری.

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
اجتناب تجربه‌ای	پس‌آزمون	۲۹/۳۰*	۱/۵۵	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	۲۷/۶۳*	۱/۷۳	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	-۱/۶۶	۱/۱۹	۰/۵۱۳
درد ذهنی	پس‌آزمون	۱۵/۶۶*	۱/۰۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	۱۴/۷۵*	۱/۰۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۹۱	۰/۸۱	۰/۸۱۱

*معناداری تفاوت میانگین‌ها

نشان داد که روان‌نمایشگری، اثر معنادار و پایداری در کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهبود درد ذهنی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت دارد. بررسی‌ها نشان داد اگرچه تاکنون پژوهشی که دقیقاً به این موضوع بپردازد انجام نشده است، این روش نیز همچون

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان روان‌نمایشگری در اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت انجام شد. پس از تحلیل داده‌های گردآوری‌شده، نتایج

دیگر روش‌های اصلاحی روان‌شناختی توانست سازه‌های روان‌شناختی مرتبط با سوگ را اصلاح کند. مطالعه حاضر از جمله یافته‌های مطالعه مواجهه‌درمانی روایتی بر کاهش علائم سوگ و تسهیل رشد پس از ضربه (رضایی‌شاهی و همکاران، ۲۰۲۵)؛ درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان، هم‌جوشی شناختی و خودشفقتی (دارایی و همکاران، ۱۴۰۴)؛ درمان شناختی - رفتاری بر سازگاری و خشم (رجبلو و همکاران، ۲۰۲۴)؛ در افراد مبتلا به سوگ طولانی‌مدت همسویی نشان داد. همچنین، یافته‌های این پژوهش در زمینه اثربخشی درمان روان‌نمایشگری بر سوگ طولانی‌مدت، همسو با یافته‌های مطالعه جاکوموچی و همکاران (۲۰۲۵) بود.

در تبیین اثربخشی روان‌نمایشگری بر اجتناب تجربه‌ای می‌توان گفت از آنجاکه اجتناب تجربه‌ای نوعی سازوکار دفاعی شناختی - هیجانی است که طی آن فرد می‌کوشد از مواجهه با افکار، احساسات یا خاطرات آزارنده دوری کند (محمدی و چوب‌فروش، ۱۴۰۴)، در زمینه سوگ طولانی‌مدت، این الگوی اجتناب تجربه‌ای معمولاً به صورت ناتوانی در ابراز هیجانات، اجتناب از یادآوری خاطرات یا احساسات به فرد متوفی و کناره‌گیری از موقعیت‌های مرتبط با فقدان نمایان می‌شود؛ فرایندی که نه تنها مانع سازگاری سالم می‌شود، بلکه شدت و تداوم سوگ را نیز افزایش می‌دهد (اصفهان و همکاران، ۲۰۲۵). لذا، به نظر می‌رسد اثربخشی روان‌نمایشگری که مفروضه‌های اصلی آن بر اصول خوداندیختگی، خلاقیت و بازآفرینی تجربیات عملی استوار است (آرکیبی، ۲۰۲۵)، از مراحل آغازین تا میانی، با تأکید بر مواجهه تدریجی و ساختاریافته و ایفای نقش پروتاگونیست (قهرمان اصلی) با محوریت از دست دادن عزیز و احساسات مرتبط، به طور مستقیم اجتناب تجربه‌ای به احساساتی نظیر خشم، یأس و اشتیاق سوزان به فرد متوفی را هدف قرار داد.

در جلسات سوم تا پنجم، شرکت‌کنندگان با بهره‌گیری از تکنیک‌هایی همچون تک‌گویی، وارونگی نقش، صندلی خالی و برون‌فکنی آینده، با هیجانات ناتمام و اضطراب‌های ناشی از فقدان و همچنین خاطرات تلخ از دست دادن رویارو شدند. این تجربه عملی و زنده، که مفروضه ویژه روان‌نمایشگری است، برای ابراز هیجانات بستری امن فراهم کرد و امکان داد فرد آنچه پیش‌تر سرکوب یا انکار کرده بود، بازشناسی و تجربه کند. تمرین مکرر این تکنیک‌ها در جلسات و ادامه آن در فاصله میان جلسات از طریق گزارش نمایشی آن در جلسات بعدی درمان، به شکل محسوس در کاهش و قوام مهارت‌های مرتبط با بهبود اجتناب تجربه‌ای نقش داشت. علاوه بر این، پیوندهای عاطفی ایجادشده در گروه و دریافت بازخوردهای همدلانه از سوی دیگر اعضا، محیطی امن و پذیرنده برای مواجهه با هیجان‌های دشوار به وجود آورد. این بستر حمایتی گروهی، با کاستن از احساس انزوا، گناه و ترس از قضاوت، که اغلب با اجتناب تجربه‌ای همراه است (محمدی و چوب‌فروش‌زاده،

۱۴۰۴)، زمینه را برای حضور کامل‌تر افراد در تجربه هیجانی خود فراهم و در فرایند درمان نقش مؤثری ایفا کرد.

در تبیین اثربخشی روان‌نمایشگری در کاهش درد ذهنی می‌توان گفت از آنجاکه درد ذهنی در ادبیات روان‌شناسی با عناوینی چون رنج روانی شدید یا درد عاطفی درونی شناخته می‌شود، تجربه‌ای همه‌جانبه از احساس شکست، فقدان، احساس گناه، شرم، تحقیر، غم و اندوه، ناامیدی و خشم با داشتن دیدگاه منفی به خود توصیف می‌شود (ارتضایی و همکاران، ۱۴۰۱). در زمینه سوگ طولانی‌مدت، این درد معمولاً پیامد فقدان است که به طور کامل پردازش نشده و فرد در چرخه‌ای تکراری از رنج و هیجانات حل‌نشده و الگوهای اجتنابی گرفتار می‌ماند (سون و همکاران، ۲۰۲۵). از این رو، درمان روان‌نمایشگری با فراهم آوردن امکان مواجهه زنده مبتنی بر عمل عینی و نمادین با خاطرات مرتبط با فقدان، بستری مناسب برای بیان و پردازش این رنج‌های حل‌نشده ایجاد می‌کند.

در جلساتی که شرکت‌کنندگان به بازنمایی نمادین رابطه با فرد از دست‌رفته و رویارویی با هیجانات ناتمام پرداختند (به‌ویژه در جلسات چهارم و ششم) نوعی آشکارسازی عاطفی در فضای گروهی شکل گرفت که امکان معنابخشیدن به رنج روان‌شناختی را فراهم کرد. مطابق با مفروضه‌های اصلی درمان روان‌نمایشگری (خوداندیختگی، خلاقیت و بازآفرینی تجربیات عملی)، بازتعریف معنای سوگ از طریق روایتی متفاوت (پیامد سناریوهای جایگزینی خود با فرد متوفی) و بازآفرینی تجربه، به کاهش درد روانی و بازایی احساس کنترل بر پردازش هیجانات سرکوب‌شده منجر شد (گیاکوموسی و همکاران، ۲۰۲۵). از سوی دیگر، آموزش مهارت‌هایی مانند وارونگی نقش، تک‌گویی، تحقق خود و صندلی خالی، به شرکت‌کنندگان فرصت داد تا هیجانات دردناک خویش را به فرد متوفی آشکار کنند، احساسات فروخورده را ابراز کنند و رنج درونی خود را در بستر گروهی تجربه و باز معنا کنند. این فرایند تجربه‌محور خاص درمان روان‌نمایشگری، بر خلاف گفت‌وگوهای صرفاً شناختی یا تحلیلی، رنج روانی را از لایه‌های ناخودآگاه به سطح آگاهی انتقال داد و در تعامل بین فردی معنا بخشید.

افزون بر این، فضای حمایتی گروه و مرحله به‌اشتراک‌گذاری در پایان جلسات، که بخشی بنیادی از ساختار روان‌نمایشگری به شمار می‌رود، با ایجاد همدلی و احساس درک‌شدن، از شدت حس انزوا، طرد و شرم ناشی از رنج درونی کاست. مشارکت و بازتاب متقابل تجربه‌ها به افراد کمک کرد نه تنها درد ذهنی خود را به جای اجتناب تجربه کنند، بلکه آن را در ارتباط با دیگران به طور متفاوتی بازشناسی و معنادهی کنند؛ فرایندی که در کاهش بار روانی درد نقش کلیدی ایفا می‌کند. می‌توان نتیجه گرفت که روان‌نمایشگری از طریق بازسازی رابطه با فرد متوفی، بیان نمادین رنج و ایجاد همدلی گروهی، به شکل مؤثری در کاهش شدت درد ذهنی افراد مبتلا به سوگ طولانی‌مدت نقش دارد و این تجربه رنج‌آور را به فرایندی معنادار، قابل تحمل و قابل پردازش بدل می‌کند.

پرسش‌نامه، مصاحبه و سنجش کیفی نیز مدنظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان روان‌نمایشگری می‌تواند موجب اصلاح اجتناب تجربه‌ای و بهبود درد ذهنی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت شود. لذا، متخصصان سلامت روان و پژوهشگران دیگر می‌توانند از این چهارچوب مداخلاتی در جهت بهبود مؤلفه‌های هیجانی و رفتاری و پژوهش‌های مرتبط با سوگ بهره‌برند. در این مطالعه، انتخاب آزمودنی‌ها به صورت هدفمند و روی افراد دارای اختلال سوگ طولانی‌مدت شهر اصفهان انجام گرفت. بنابراین، در تعمیم یافته‌ها به جوامع دیگر باید جانب احتیاط رعایت شود. در این مطالعه، آموزشگر و محقق یکسان بود، تنها شرکت‌کنندگان ارزیابی شدند و منابع اطلاعاتی دیگری که می‌توانستند تغییرات آنان را تأیید کنند، مدنظر قرار نگرفتند. منبع گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه و نتایج به خطاهای اندازه‌گیری ابزار پرسش‌نامه محدود است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر، نمونه‌گیری به صورت تصادفی و در جوامع دیگر نیز اجرا شود. در اجرای مطالعات بعدی، محقق و آموزشگر متفاوت باشند و برای تأیید تغییرات از منابع اطلاعاتی دیگری، نظیر خانواده و نزدیکان، استفاده شود. همچنین، برای گردآوری اطلاعات، به‌غیر از ابزار

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش مشارکت کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع‌ای گزارش نشده است و هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نشد.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شناسه اخلاق IR. IAU. NAJAFABAD. REC. 1404. 190 از کمیته ملی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد است.

REFERENCES

1. Begiankolehmarz M, Karami J, Momeni Kh, Elahi A. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) and Integration of Dialectical Behavior Therapy with Compassionate Mind-Based Cognitive Therapy on Reducing Mental Pain and Emotional Regulation Difficulties in Individuals Attempting Suicide. Clin Psychol Stud. 2019;10(34):35-63. DOI: 10.22054/jcps.2019.34758.1937
2. Cheraghi F, Nemat Tavousi M. The Effectiveness of Psychodrama on Social Adjustment and Subjective Well-Being in the Elderly. Aging Psychol. 2020;6(2):149-163. DOI: 10.22126/jap.2020.5448.1432
3. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New York: Routledge; 2013. Link
4. Comtesse H, Smid GE, Rummel AM, Spreeuwenberg P, Lundorff M, Dückers ML. Cross-National Analysis of the Prevalence of Prolonged Grief Disorder. J Affect Disord. 2024;350:359-365. DOI: 10.1016/j.jad.2024.01.094
5. Daraei M, Norouzi A, Hosseini Taghabdehi L. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation, Self-Compassion and Cognitive Integration in Individuals With Prolonged Grief Disorder. Sadra Med Sci J. 2025;13(4):795-809. DOI: 10.30476/smsj.2025.103075.1544
6. Dousti P, Dousti P, Yavari A. The Effectiveness of the Integrated Model of Acceptance and Commitment and Schema Therapy on the Feeling of Loneliness and Social Problem Solving of People with Prolonged Grief Disorder. Rooyesh. 2024;12(11):161-170. Link
7. Eisma MC. Prolonged Grief Disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and Controversies. Aust N Z J Psychiatry. 2023;57(7):944-951. DOI: 10.1177/00048674231154206
8. Ertezaee B, Neissi A, Hamid N, Davoudi I. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Mental Pain, Experiential Avoidance and Forgiveness in Women with Depression After Romantic Breakup. Shenakht J Psychol Psychiatry. 2023;9(6):64-77. DOI: 10.32598/shenakht.9.6.64
9. Es'haghi F, Bahari F. Comparison of the Effectiveness of Psychodrama, Cognitive Group Therapy and Their Combination on Depression and Help-Seeking in Hospitalized Patients with Major Depression. Shenakht J Psychol Psychiatry. 2019;6(1):107-124. DOI: 10.29252/shenakht.6.1.107
10. Esfahalan AHN, Yousefi R, Gharibeh NA. Mediating Role of Negative Emotion Regulation in the Relationship Between Avoidance and Prolonged Grief Disorder Syndrome. Psychol Stud. 2025;21(1):25-39. DOI: 10.22051/psy.2025.48263.3026
11. Gámez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero C, Watson D. Development of a Measure of Experiential Avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). Psychol Assess. 2011;23(3):692-713. DOI: 10.1037/a0023242
12. Giacomucci S, Marquit J, Briggs H, Gupta R. Psychodrama's Effects on PTSD, Depression, Anxiety, Traumatic Grief, Prolonged Grief Disorder and Spontaneity: A Mixed Methods Study in Inpatient Addiction Treatment. Arts Psychother. 2025;93:102293. DOI: 10.1016/j.aip.2025.102293
13. Hardt MM. The Role of Experiential Avoidance in the Relationship Between Emotional Pain and Yearning in Sudden and Unexpected Bereavement. Missouri: University of Missouri-Kansas City. 2019. Link
14. Hardt MM, Williams JL, Jobe-Shields L. The Role of Experiential Avoidance in the Relationship Between Traumatic Distress and Yearning in Sudden and Unexpected Bereavement. J Clin Psychol. 2022;78(4):559-569. DOI: 10.1002/jclp.23233
15. Hyland P, Redican E, Karatzias T, Shevlin M. The International Grief Questionnaire (IGQ): A New Measure of ICD-11 Prolonged Grief Disorder. J Trauma Stress. 2024;37(1):141-153. DOI: 10.1002/jts.22986.Epub 2023 Nov 2

16. Maya J, Pérez-Berbel M, Giraldo-Arroyave L, Hurtado I. Psychodrama: Implementation, Study Design and Effectiveness—A Systematic Review. *BMC Complement Med Ther.* 2025;25:232. DOI: [10.1186/s12906-025-04959-y](https://doi.org/10.1186/s12906-025-04959-y)
17. Mohammadi M, Choobforoushzadeh A. The Mediating Role of Experiential Avoidance in the Relationship Between Intolerance of Uncertainty and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Shenakht J Psychol Psychiatry.* 2025;12(5):15-28. [Link](#)
18. Moradi A, Bargiirani Z, Begiankolehmarz M, Kariminejad K, Zabeat M. Determining the Factor Structure and Psychometric Properties of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). *Soc Cogn.* 2017;6(2):57-82. [Link](#)
19. Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. Mental Pain: A Multidimensional Operationalization and Definition. *Suicide Life Threat Behav.* 2003;33(3):219-230. DOI: [10.1521/suli.33.3.219.23219](https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219)
20. Orkibi H. *Psychodrama: A Creative Method to Survive and Thrive.* Cambridge: Cambridge University Press. 2025. [Link](#)
21. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the New DSM-5-TR Criteria for Prolonged Grief Disorder and the PG-13-Revised Scale. *World Psychiatry.* 2021;20(1):96-106. DOI: [10.1002/wps.20823](https://doi.org/10.1002/wps.20823)
22. Rajabloo M, Taher M, Mohammadian E, Valian Z, Ibrahim Nataj Y. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Training on Adjustment and Anger of Students with Bereavement Experience. *Mod Psychol Res.* 2024;19(75):60-71. DOI: [10.22034/jmpr.2024.60740.6106](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.60740.6106)
23. Rezaeishahi F, Shaeiri MR, Sarichloo ME. The Efficacy of Narrative Exposure Therapy on Reducing Grief Symptoms and Facilitating Post-Traumatic Growth in Individuals with Prolonged Grief Disorder. *J Psychol Sci.* 2025;24(154):241-259. [Link](#)
24. Rubin SS, Malkinson R, Witztum E. Prolonged Grief Disorder. *Lancet Psychiatry.* 2022;9(9):696-697. DOI: [10.1016/S2215-0366\(22\)00248-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00248-7)
25. Shamli S, Chalmeh R, Khorramdel K. The Effectiveness of Cognitive Emotion Regulation Strategies on Meaning of Life and Experience of Grief in Bereaved Adolescents. *Interdiscip Res.* 2021;2(1). [Link](#)
26. Son Y, Lee C, Hyun MH. The Effects of Deliberate Rumination and Prolonged Grief on Approach-Avoidance Behavior. *Eur Psychiatry.* 2025;68(S1):S965. DOI: [10.1192/j.eurpsy.2025.1959](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.1959)
27. Srivastava T, Lee K, Ehrenkranz R, Cozzolino PJ, Wise FA, Burns M, et al. The Efficacy of Psychotherapeutic Interventions for Prolonged Grief Disorder: A Systematic Review. *J Affect Disord.* 2025;380:561-575. DOI: [10.1016/j.jad.2025.03.173](https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.173). Epub 2025 Apr 1
28. Trembl J, Brähler E, Kersting A. Prevalence, Factor Structure and Correlates of DSM-5-TR Criteria for Prolonged Grief Disorder. *Front Psychiatry.* 2022;13:880380. DOI: [10.3389/fpsy.2022.880380](https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.880380)
29. Von Ameln F, Becker-Ebel J. *Fundamentals of Psychodrama.* Singapore: Springer. 2020. [Link](#)
30. Wilson DM, Underwood L, Errasti-Ibarrondo B. A Scoping Research Literature Review to Map the Evidence on Grief Triggers. *Soc Sci Med.* 2021;282:114109. DOI: [10.1016/j.socscimed.2021.114109](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114109)
31. Yuan MD, Liu JF, Zhong BL. Prevalence of Prolonged Grief Disorder and Its Symptoms Among Bereaved Individuals in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gen Psychiatry.* 2024;37(2):e101216. DOI: [10.1136/gpsych-2023-101216](https://doi.org/10.1136/gpsych-2023-101216)