SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.1/ 2026;13(1):109-118
DOI: 10.22034/13.1.109
https://shenakht.muk.ac.ir/

Original Article

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

Marziye Taheribani[1], 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 G6mez 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

Copyright © 2026 Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted copying and redistribution of the material for non-commercial purposes, provided that the original work is properly cited.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۵، صفحات:۱۱۸-۱۰۹
DOI: 10.22034/13.1.109
https://sjku.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی

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

مرضیه طاهری‌بنی[۱]، غلامرضا طالبی[۲*]

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.

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

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 مبتلابه اختلال سوگ طولانی‌مدت انجام شد.

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

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تأثیر مداخلهٔ روان‌نمایشگری بر اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در افراد مبتلابه اختلال سوگ طولانی‌مدت معنادار ($P<۰/۰۵$) و اندازهٔ اثر مداخله در گروه آزمایش به‌ترتیب ۳۲/۳ و ۱۹/۵ درصد بود که این تأثیرات در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار ماند.

نتیجه‌گیری: مداخلهٔ روان‌نمایشگری با کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهبود درد ذهنی در افراد مبتلابه 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

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

مقدمه

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 (یوآن، لیو و ژانگ[۲]، ۲۰۲۴). بسیاری افراد در پی این تجربهٔ سهمگین، احساس می‌کنند بنیان‌های جهان شخصی‌شان فرو ریخته و عملکرد روانی ـ اجتماعی‌شان به‌شدت مختل شده است (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، کاراتسیتس 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

[1] Grief
[2] Yuan, Liu & Zhong
[3] Comtesse, Smid, Rummel, Spreeuwenberg, Lundorff & Dückers
[4] Hyland, Redican, Karatzias & Shevlin

نیستند و به سوگی پیچیده و پایدار، که به اختلال سوگ طولانی‌مدت[5] شهرت دارد، مبتلا می‌شوند (ایسما[6]، ۲۰۲۳؛ ترمل، بریلر و کرستینگ[7]، ۲۰۲۲).

اختلال سوگ طولانی‌مدت، که به‌تازگی در پنجمین ویراست تجدیدنظرشدهٔ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مطرح شد[8]، به‌نوعی پاسخ شدید، مداوم (بیش از ۱۲ ماه) و ناسازگارانه به سوگ اشاره دارد که توانایی فرد را در عملکرد انطباقی به‌شدت مختل می‌کند (روبین، مالکینسون و ویتستوم[9]، 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 ناسازگارانهٔ سوگواری همراه است (سیرواستاوا، لی، ارنکرانز،کوزولینو، وایز و برنز[10]، 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[11]، ۲۰۲۱). شواهد نشان می‌دهد یکی از عوامل مؤثر در گسترش شکل‌گیری و تداوم این علائم، اجتناب تجربی[12] است (اصفهلان، یوسفی و قریبه، ۲۰۲۵).

اجتناب تجربی به گرایش فرد برای دوری از تجربهٔ افکار، احساسات و خاطرات ناخوشایند به‌جای مواجههٔ مناسب و پذیرش آن‌ها اشاره دارد (محمدی 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 (اصفهلان 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 طولانی‌مدت را افزایش می‌دهد (هاردت، ویلیامز و جاب‌شیلدز[13]، ۲۰۲۲).

در این بین، بررسی‌های نظام‌مند نشان می‌دهد یکی از عوامل مؤثر در افزایش راهبردهای ناسازگارانهٔ اجتناب تجربی، درد ذهنی[14] ناشی از فقدان در سوگ طولانی‌مدت است (ویلسون، آندروود و راستی‌ایباروندو[15]، 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 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. به‌عبارت دقیق‌تر، اجتناب تجربی رابطهٔ بین درد ذهنی و اشتیاق مزمن را تبیین می‌کند؛ چنان‌که درد ذهنی از طریق افزایش اجتناب، فرد را در چرخهٔ معیوب دلتنگی و جست‌وجوی متوفی گرفتار می‌کند (سون، لی و هاین[16]، ۲۰۲۵؛ هاردت[17]، ۲۰۱۹).

افت قابل‌توجه 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. ازاین‌رو، تاکنون طیف متنوعی از مداخلات در قالب رویکردهای مختلف در جهت بهبود علائم سوگ طولانی‌مدت ارزیابی شده است؛ ازجمله 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 طبقدهی، ۱۴۰۴)؛ درمان شناختی ـ رفتاری بر سازگاری و خشم (رجبلو، طاهر، محمدیان، والیان و ابراهیم‌نتاج، ۲۰۲۴)؛ درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحوارهٔ درمانی بر احساس تنهایی و حل مسئلهٔ اجتماعی (دوستی، دوستی و یاوری، ۲۰۲۴) و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر معنای زندگی و تجربهٔ سوگ (شاملی، چالمه و خرمدل، ۲۰۲۱) در افراد مبتلابه سوگ طولانی‌مدت اثربخش گزارش شده‌اند.

بااین‌حال، بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد اغلب طراحی مداخلات یا بر پایهٔ 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 طولانی‌مدت (سون و همکاران، ۲۰۲۵) توجه اندکی شده است. بنابراین، به نظر می‌رسد ضرورت طراحی مداخلاتی که بتواند سازه‌های اصلی را در شکل‌گیری سوگ طولانی‌مدت 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[18] است

[5] Prolonged Grief Disorder
[6] Eisma
[7] Treml, 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, Cozzolino, Wise & Burns
[11] Prigerson, Boelen, Xu, Smith & Maciejewski
[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

(مایا، پرزبربل،گیرالدو و هورتادو[19]، ۲۰۲۵)؛ چنان‌که جاکوموچی، مارکیت، بریگز و گوپتا[20] (۲۰۲۵) شواهد قابل توجهی دال بر اثربخشی روان‌نمایشگری در طیفی از مشکلات سلامت روان، ازجمله اختلال سوگ طولانی‌مدت، ارائه کردند.

روان‌نمایشگری یکی از شاخه‌های هنردرمانی با مفروضه‌های متفاوت در حوزهٔ روان‌درمانی است که مورنو[21] در اوایل دههٔ ۱۹۲۰ میلادی ابداع کرد و زرکا توئما[22] آن را توسعه داد (اسحاقی و بهاری، ۲۰۱۹). مفروضه‌های اصلی آن براساس اصول خودانگیختگی[23]، خلاقیت[24] و بازآفرینی تجربیات عملی استوار است. این روش درمانی ترکیبی از روان‌درمانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و تئاتردرمانی قلمداد می‌شود که به افراد امکان بررسی و حل مسائل خود را در قالب عمل و ایفای نقش می‌دهد. راهبردهای اصلی روان‌نمایشگری شامل دوبل‌سازی[25]، یعنی بیان دوسویهٔ احساسات و افکار نگفته فرد از زبان هم‌گروهی، آینه‌سازی[26]، یعنی مشاهدهٔ رفتار خود از بیرون، معکوس‌سازی نقش[27]، یعنی امکان دیدن موقعیت از دیدگاه دیگری و رویارویی[28] است که تعامل مستقیم و صادقانه با خود و بین افراد را تسهیل می‌کند (آرکیبی[29]، ۲۰۲۵).

هدف اصلی مداخلهٔ روان‌نمایشگری کاوش عمیق احساسات و هیجانات و حل تعارضات مرتبط با آن‌هاست که از طریق این فرایند، بازسازی موقعیت‌های مهم زندگی (مانند تجربهٔ سوگ)، افکار و هیجانات به‌طور ملموس‌تری تجربه و بینش عمیق‌تری دربارهٔ احساسات کسب می‌شود (ون‌املن و بکر ـ ایبل[30]، ۲۰۲۰). ازاین‌رو، به نظر می‌رسد ویژگی‌های خاص این درمان در افراد مبتلابه سوگ طولانی‌مدت می‌تواند اصلاحگر مکانیسم زیربنایی چرخه‌های معیوب درد ذهنی ـ اجتناب تجربی (سون و همکاران، ۲۰۲۵) و از طریق مهارت‌های مبتنی‌بر عمل، به تجربهٔ بی‌واسطه و بینش عمیق‌تر دربارهٔ 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.

روش کار

طرح پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری شامل افراد مبتلابه سوگ طولانی‌مدت مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود. از این بین، ۳۶ نفر به‌صورت هدفمند و مبتنی‌بر ملاک‌های ورود، انتخاب و به‌طور تصادفی و برابر به دو گروه آزمایش و کنترل دسته‌بندی شدند. حجم نمونهٔ ۳۸ نفری (برای هرگروه ۱۸نفر)، براساس اندازهٔ اثر ۰/۴۰ و با استفاده از نرم‌افزار G Power برآورد شد. انتخاب اندازهٔ اثر ۴۰ درصدی مبتنی‌بر توصیه کوهن[31] (۲۰۱۳) برای برآورد کفایت مناسب توان آماری در انتخاب نمونه در علوم رفتاری بود.

معیارهای ورود شامل تشخیص اختلال سوگ طولانی‌مدت براساس سوابق پروندهٔ افراد و مصاحبهٔ بالینی کوتاه، رضایت آگاهانه و تمایل به شرکت در پژوهش، هم‌زمان‌نبودن جلسات مشاوره یا درمانی دیگر با اجرای پژوهش و نداشتن مشکل جسمانی یا اختلال روانی که طی مصاحبهٔ کوتاهی با آزمودنی‌ها بررسی شد. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل تمایل‌نداشتن به ادامهٔ همکاری، انجام‌ندادن تکالیف و بیش از سه جلسه غیبت متوالی بود که در نهایت، هیچ ریزشی در گروه‌ها وجود نداشت. ملاحظات اخلاقی در پژوهش مبنی‌بر کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، اصل رازداری و اجرای جلسات درمانی برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش رعایت شد. برای تجزیه‌وتحلیل 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 نسخهٔ ۲۶ استفاده شد.

پس از اجرای پرسش‌نامه‌های اجتناب تجربه‌ای گامز[32] و همکاران (۲۰۱۱) و پرسش‌نامهٔ چندبعدی درد ذهنی اورباخ[33] و همکاران (۲۰۰۳) به‌عنوان پیش‌آزمون روی هر دو گروه، پژوهشگر، تحت نظارت متخصص بالینی مسلط به درمان روان‌نمایشگری، این درمان را در ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای در ده هفتهٔ متوالی براساس پروتکل سایکودرام لونتون[34](۲۰۱۸)، روی آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا کرد، در حالی‌که 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 ارائهٔ خدمات رایگان آموزشی و مشاوره به‌مدت سه ماه توسط آموزشگر همراه است. در پایان جلسات درمانی، پرسش‌نامه‌های پژوهش

[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
[28] Encounter
[29] Orkibi
[30] von Ameln & Becker-Ebel
[31] Cohen
[32] Gamez
[33] Orbach
[34] Leventon

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

ابزار

پرسش‌نامهٔ اجتناب تجربه‌ای گامز (MEAQ)[35]: پرسش‌نامهٔ اجتناب تجربه‌ای را گامز و همکاران (۲۰۱۱) برای ارزیابی رویاروی افراد با تجارب خاص ساخته‌اند. این پرسش‌نامه شامل ۶۲ گویه است و شش خرده‌مقیاس اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس‌پرتی/فرونشانی، انکار/سرکوبی و تحمل پریشانی را روی طیف لیکرت شش‌درجه‌ای، از شدیداً موافقم (۵) تا شدیداً مخالفم (۰)، نمره‌گذاری می‌کند که افزایش امتیازات به‌معنای 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=۰/۷۴ آن را با پرسش‌نامهٔ تعهد و عمل به‌عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. مرادی و همکاران (۱۳۹۶) پرسش‌نامهٔ مذکور را اعتباریابی کردند و شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI)، برازش تطبیقی (CFI) و ریشهٔ دوم میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) در سطح قابل قبول و مطلوب گزارش شده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس‌پرتی/فرونشانی، انکار/سرکوبی و تحمل پریشانی به‌ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۵۵، ۰/۸۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ گزارش شد. همچنین پایایی در مطالعهٔ حاضر از روش آلفای کرونباخ برای نمرهٔ کل ۰/۸۹ به‌دست آمد.

پرسش‌نامهٔ چندبعدی درد ذهنی (MMP)[36]: 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/بهت، 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 نسخهٔ 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، ۰/۹۳، 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 نسخهٔ ایرانی مشخص کرد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمرهٔ 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 مطالعهٔ حاضر از روش آلفای کرونباخ برای نمرهٔ کل ۰/۸۷ به دست آمد.

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

جلسات	موضوعات جلسه	تکنیک گرم‌کردن	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 ازدست‌دادن 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 ازدست‌دادن عزیز)	تکنیک تک‌گویی، وارونگی نقش و بدل، تحلیل خاطرات و ارائهٔ 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 برون‌فکنی آینده و تحقق خود
۵	مرور جلسهٔ قبل و بررسی تجارب اعضا و احساسات، شناسایی احساسات ناتمام و بیان‌نشده	تکنیک خوشبختانه ـ بدبختانه	استفاده از تکنیک صندلی خالی و تک‌گویی برای بیان احساسات ناتمام، دریافت بازخورد از گروه

[35] Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire

[36] Multidimensional Mental Pain questionnaire

۶	مواجهه با درد ذهنی ناشی از سوگ، تقویت تاب‌آوری هیجانی	تکنیک مغازهٔ 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 جلسهٔ 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، ارائهٔ بازخورد نهایی اعضا	موسیقی و شعرخوانی	اجرای تکنیک فرافکنی آینده با مشارکت تمام اعضا با هدف تقویت نقاط مثبت اکتسابی اعضا، ارائهٔ نظریات و بازخوردهای اعضای گروه به همدیگر و جلساتی که نقش پروتاگونیست داشتند، بررسی عملکرد اعضا در زمینهٔ تجارب آموخته‌شدن در طول جلسات

نتایج

نتایج بررسی متغیرهای دموگرافیک نشان داد از نظر سن میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، ۹/۴۰ ± ۲۹/۳۳ و گروه کنترل ۱/۱۲±۳۶/۵۵ است. برای بررسی یکسانی فراوانی شرکت‌کنندگان در دو گروه پژوهش از نظر متغیر سن با توصیف آن در چهار گروه (۱۸تا 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>۰/۰۵). در زمینهٔ درصد فراوانی جنسیت در گروه آزمایش، ۵۰ درصد (۹ نفر) اعضا مرد، ۵۰ درصد زن (۹ نفر) بودند که این میزان برای گروه کنترل به‌ترتیب ۴۴/۴ و ۵۵/۶ 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 ـ پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به‌تفکیک دو گروه و سه مرحلهٔ اندازه‌گیری.

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اجتناب تجربه‌ای	آزمایش	۲۰۶/۲۷	۱۹/۸۱	۱۴۵/۱۶	۱۷/۰۹	۱۴۸/۷۷	۱۷/۸۲
	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 مرحلهٔ 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 مرحلهٔ 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 ـ ویلک، برای نرمال‌بودن توزیع متغیرها از آزمون لوین، برای برابری واریانس گروه‌ها از آزمون ام‌باکس، برای برابری ماتریس واریانس-کوواریانس و برای پیش‌فرض برابری کرویت از آزمون ماچلی استفاده شد. نتایج نشان داد دو متغیر اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در هر سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال، برابری

واریانس خطا و برابری ماتریس واریانس ـ کوواریانس بود. نتایج آزمون لوین در دو متغیر پژوهش در سۀ مرحله زمانی، معنی‌داری بالاتر از ۰/۰۵ نشان داد (P=۰/۱۵۸)، لذا مفروضۀ همگنی واریانس‌ها برقرار است. همچنین، نتایج آزمون ماچلی دربارۀ پیش‌فرض یکسانی واریانس اختلافات نشان داد که میزان معناداری برای متغیر اجتناب تجربه‌ای (P=۰/۰۵۲) و متغیر درد ذهنی (P=۰/۱۸۱) 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.

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

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجۀ آزادی	میانگین مجذورات	آمارۀ F	معنی‌داری	اندازۀ 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	۰/۰۰۷	۰/۱۹۵	۰/۷۹

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری نشان داد (جدول ۳) براساس ظرایب F محاسبه‌شده، می‌توان نتیجه گرفت دریافت مداخلۀ روان نمایشگری در مراحل مختلف ارزیابی در نمرۀ اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی تأثیر معنادار داشته است. اندازۀ 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، مداخلۀ روان‌نمایشگری با توجه به میانگین نمرۀ 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 بونفرنی برای مقایسۀ زوجی میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل سه‌گانه در جدول ۴ ارائه شده است.

چنان‌که نتایج آزمون بونفرونی نشان داد (جدول ۴)، میانگین نمرات در متغیر اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی، بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و مرحلۀ پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵)، ولی بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). به این معنی که از مرحلۀ پیش‌آزمون به مرحلۀ 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 مداخلۀ روان‌نمایشگری بر اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در افراد مبتلابه اختلال سوگ طولانی‌مدت اثر معناداری داشته و این تأثیر در مرحلۀ پیگیری نیز پایدار مانده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسۀ زوجی میانگین نمرات متغیرهای وابستۀ پژوهش در سه مرحلۀ اندازه‌گیری.

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

*معناداری تفاوت میانگین‌ها

بحث

مطالعۀ حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان روان‌نمایشگری در اجتناب تجربه‌ای و درد ذهنی در افراد مبتلابه اختلال سوگ طولانی‌مدت انجام شد. پس از تحلیل داده‌های گردآوری‌شده، نتایج نشان داد که روان‌نمایشگری، اثر معنادار و پایداری در کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهبود درد ذهنی در افراد مبتلابه اختلال سوگ طولانی‌مدت دارد. بررسی‌ها نشان داد اگرچه تاکنون پژوهشی که دقیقاً به این موضوع بپردازد انجام نشده است، این روش نیز همچون

دیگر روش‌های اصلاحی روان‌شناختی توانست سازه‌های روان‌شناختی مرتبط با سوگ را اصلاح کند. مطالعهٔ حاضر ازجمله با یافته‌های مطالعهٔ 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 ـ رفتاری بر سازگاری و خشم (رجبلو و همکاران، ۲۰۲۴)؛ در افراد مبتلابه سوگ طولانی‌مدت همسویی نشان داد. همچنین، یافته‌های این پژوهش در زمینهٔ اثربخشی درمان روان‌نمایشگری بر سوگ طولانی‌مدت، همسو با یافته‌های مطالعهٔ جاکوموچی و همکاران (۲۰۲۵) بود.

در تبیین اثربخشی روان نمایشگری بر اجتناب تجربه‌ای می‌توان گفت ازآنجاکه اجتناب تجربه‌ای نوعی سازوکار دفاعی شناختی ـ هیجانی است که طی آن فرد می‌کوشد از مواجهه با افکار، احساسات یا خاطرات آزارنده دوری کند (محمدی و چوب‌فروش، ۱۴۰۴)، در زمینهٔ سوگ طولانی‌مدت، این الگوی اجتناب تجربه‌ای معمولاً به‌صورت ناتوانی در ابراز هیجانات، اجتناب از یادآوری خاطرات یا احساسات به فرد متوفی و کناره‌گیری از موقعیت‌های مرتبط با فقدان نمایان می‌شود؛ فرایندی که نه‌تنها مانع سازگاری سالم می‌شود، بلکه شدت و تداوم سوگ را نیز افزایش می‌دهد (اصفهلان و همکاران، ۲۰۲۵). لذا، به نظر می‌رسد اثربخشی روان‌نمایشگری که مفروضه‌های اصلی آن بر اصول خودانگیختگی، خلاقیت و بازآفرینی تجربیات عملی استوار است (آرکیبی، ۲۰۲۵)، از مراحل آغازین تا میانی، با تأکید بر مواجههٔ تدریجی و ساختاریافته و ایفای نقش پروتاگونیست (قهرمان اصلی) با محوریت ازدست‌دادن عزیز و احساسات مرتبط، به‌طور 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 ازدست‌دادن رویارو شدند. این تجربهٔ عملی و زنده، که مفروضهٔ ویژهٔ 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 ادامهٔ آن در فاصلهٔ میان جلسات از طریق گزارش نمایشی آن در جلسات بعدی درمان، به‌شکل محسوسی در کاهش و قوام مهارت‌های مرتبط با بهبود اجتناب تجربه‌ای نقش داشت. علاوه‌بر 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 تجربهٔ هیجانی خود فراهم و در فرایند درمان نقش مؤثری ایفا کرد.

در تبیین اثربخشی روان‌نمایشگری در کاهش درد ذهنی می‌توان گفت ازآنجاکه 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 زمینهٔ سوگ طولانی‌مدت، این درد معمولاً پیامد فقدانی است که به‌طور کامل پردازش نشده و فرد در چرخه‌ای تکراری از رنج و هیجانات حل‌نشده و الگوهای اجتنابی گرفتار می‌ماند (سون و همکاران، ۲۰۲۵). ازاین‌رو، درمان روان‌نمایشگری با فراهم‌آوردن امکان مواجههٔ زندهٔ مبتنی‌بر 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 ازدست‌رفته 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 روان نمایشگری (خودانگیختگی، 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 بازیابی 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 بازمعنا 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 بین‌فردی معنا بخشید.

افزون بر این، فضای حمایتی گروه و مرحلهٔ 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 نه‌تنها درد ذهنی خود را به‌جای اجتناب تجربه کنند، بلکه آن را در ارتباط با دیگران به‌طور 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، به‌شکل مؤثری در کاهش شدت درد ذهنی افراد مبتلابه‌سوگ طولانی‌مدت نقش دارد و این تجربهٔ رنج‌آور را به فرایندی معنادار، قابل‌تحمل و قابل‌پردازش بدل می‌کند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد که درمان روان‌نمایشگری می‌تواند موجب اصلاح اجتناب تجربه‌ای و بهبود درد ذهنی در افراد مبتلابه 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 بهره برند. در این مطالعه، انتخاب آزمودنی‌ها به‌صورت 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 به‌صورت 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 پرسش‌نامه، مصاحبه و سنجش کیفی نیز مدنظر قرار گیرد.

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 منافعی گزارش نشده است و هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نشد.

ملاحظات اخلاقی

مقالهٔ حاضر برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد به شناسهٔ اخلاق IR. IAU. NAJAFABAD. REC. 1404. 190 از کمیتهٔ 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
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
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
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
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
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
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.Epub 2025 Apr 1
28. Treml 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/fpsyt.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
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