Quarterly of Communications Psychology

Comparing the effectiveness of pathological grief therapy with acceptance and commitment therapy on self-compassion in survivors of people who died with suicidal intent

Elias Soleimani[1], Gholamreza Ebrahiminejad●[2], Hamid Molaei Zarandi[1]

[1] *Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.*
2 ●*Associate Professor Department of Psychiatry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.*

Home Page: https://sanad.iau.ir/journal/cp

URL: https://sanad.iau.ir/Journal/cp/Article/1210018

DOI: https://doi.org/10.82548/7W43-TQ02

Article Information

Article History:
Received; 2025/06/18
Revised; 2025/07/20
Accepted; 2025/07/30
Published; 2025/09/11

Article Type:
Article Research

Subject Area:
Social and communication injuries

● **Corresponding Author:**
Gholamreza Ebrahiminejad

E-mail:

ORCID:

ABSTRACT

Suicide survivors, while losing their loved ones, also face an unexpected and possibly violent death. This study aimed to compare the effectiveness of clinical grief therapy (CGT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on self-compassion in survivors of suicide-related deaths in Kerman. This quasi-experimental study was conducted with pre-test and post-test in two experimental groups and one control group. The statistical population included all suicide survivors in 1402, of which 30 were selected by convenience sampling and divided into three groups of 10. The experimental groups underwent clinical grief therapy (CGT) and acceptance and commitment therapy (ACT) interventions, and the control group did not receive any intervention. Both treatments had a significant effect on increasing self-compassion, but clinical grief therapy, with an effect size of 77 percent, was more effective than ACT treatment, with an effect size of 51 percent. The findings indicate that treatment for pathological grief is effective in increasing self-compassion in suicide survivors. These results are consistent with previous research and emphasize the importance of acceptance and commitment therapies in improving quality of life and reducing symptoms of pathological grief. Finally, this study suggests that increasing self-compassion can help facilitate the psychological recovery process in these individuals.

KEYWORDS: Treatment for pathological grief, acceptance and commitment therapy, self-compassion, suicide survivors.

Citation This Paper: Soleimani, Elisa,. Ebrahiminejad, Gholamreza,. & Molaei Zarandi, Hamid. (2025). Comparing the effectiveness of pathological grief therapy with acceptance and commitment therapy on self-compassion in survivors of people who died with suicidal intent).. Quareterly of Communicatons Psychology, 2(4), pp. 30-44. [In Persian] https://doi.org/10.82548/7W43-TQ02

Copyright: © 2025 The Author(s). **Publisher:** Islamic Azad University Press. **ISSN (Online):** 3092-6440

Comparing the effectiveness of pathological grief therapy with acceptance and commitment therapy on self-compassion in survivors of people who died with suicidal intent

Extended Abstract

Introduction

Introduction and Objective: Suicide survivors face an unexpected and possibly violent death at the same time as they lose their loved ones. Also, if survivors have seen the scene of the suicide or the body of the deceased or have heard details of the event from those who were present at the scene, this event will usually remain in their minds for a long time. On the other hand, the death of a loved one leads to feelings of loneliness and isolation from the surrounding environment. Self-compassion after loss is the empathetic behavior that an individual has with themselves and reminds survivors that pain and suffering are part of the life experiences of all humans and that the individual is not alone. One of these interventions that has recently been considered by researchers and is among the specific interventions that are effective in preventing the development of complex grief and other effects of grief in survivors is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on grief and bereavement is strongly influenced by cultural differences and religious issues, and caution should be exercised in generalizing it to other societies. A new treatment that has gained empirical evidence support is called pathological grief therapy. This treatment distinguishes between morbid grief and depression. The basic techniques for treating morbid grief are taken from interpersonal psychotherapy, cognitive-behavioral therapy, self-compassion training, and motivational interviewing. Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of pathological grief therapy (CGT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on self-compassion in survivors of suicide attempts in Kerman city.

.

Methodology

This quasi-experimental study was conducted with pre-test and post-test in two experimental groups and a control group. The statistical population included all suicide survivors in 1402, of which 30 people were selected by convenience sampling and divided into three groups of 10 people. The experimental groups underwent the therapeutic interventions of CGT and ACT, and the control group did not receive any intervention.

.

Discussion

The findings showed that both CGT and ACT had a significant effect on increasing self-compassion, but CGT with an effect size of 77% was more effective than ACT with an effect size of 51%..

Conclusion

CGT and ACT are effective in increasing self-compassion in suicide survivors. These results are consistent

quality of life of suicide survivors. In other words, when an individual is able to accept and love themselves during the grieving process, this can help facilitate the process of psychological healing and reduce emotional suffering, thereby making a significant difference in the level of self-compassion. Finally, this study shows that increasing self-compassion can help facilitate the process of psychological healing in these individuals.

Keywords

morbid grief treatment, acceptance and commitment therapy, self-compassion, suicide survivors.

Contributions Author: Contributions Author ,design framework Overall: Elias Soleimani. article the editing and analysis content: Gholamreza Ebrahiminezhad. author corresponding and analysis content in cooperating the validated and discussed authors All. content primary compiling and data Collecting by Hamid Molaei.

Acknowledgments: The all to gratitude their express to necessary it consider authors research the of implementation the in us helped who martyrs.

Conflects of Interast: The this in interest of conflicts no are there declared authors.

Funding: This support financial any receive t'didn article.

with previous research and emphasize the importance of ACT in improving quality of life and reducing symptoms of CGT. In CGT, especially in suicide survivors, individuals face intense feelings of guilt, shame, and anxiety. These feelings can increase self-criticism and reduce self-compassion, as survivors blame themselves for their loved one's death, and the struggle with blameful thoughts may continue. In such situations, not only is grief experienced in a more complex and intense way, but people are also unable to deal with their feelings appropriately and instead of supporting themselves, they punish themselves. Given that people in pathological grief, especially in grief from suicide, often experience intense feelings of guilt and self-blame, ACT therapy can be an effective way to reduce this self-criticism. It helps survivors allow themselves to experience their feelings, but at the same time support themselves and show self-compassion instead of blaming themselves. Acceptance and commitment therapy can make a significant difference in the level of self-compassion. These positive effects on self-compassion indirectly lead to a reduction in symptoms of morbid grief and an improvement in the

فصلنامه علمی روانشناسی ارتباطات

مقایسه اثربخشی درمان سوگ بیمارگون با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت با خود در بازماندگان افراد فوت‌شده با قصد خودکشی

الیاس سلیمانی [۱]، غلامرضا ابراهیمی‌نژاد [۲]●، حمید ملایی زرندی [۱]

[۱] گروه روان‌شناسی، واحد زرند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرند، ایران.

[۲] ● دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

Home Page: https://sanad.iau.ir/journal/cp

URL: https://sanad.iau.ir/Journal/cp/Article/1210018

DOI: https://doi.org/10.82548/7W43-TQ02

اطلاعات مقاله

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت؛ ۱۴۰۴/۰۳/۲۸

تاریخ بازنگری؛ ۱۴۰۴/۰۴/۲۹

تاریخ پذیرش؛ ۱۴۰۴/۰۵/۰۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۲۰

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

حوزه موضوعی:

آسیب های اجتماعی و ارتباطات

● **نویسنده مسئول:**

غلامرضا ابراهیمی نژاد

رایانامه:

ارکید:

چکیده

بازماندگان خودکشی همزمان که عزیزان‌شان را از دست می‌دهند با مرگی غیر منتظره و احتمالاً خشونت بار نیز روبه‌رو می‌شوند. این پژوهش با هدف مقایسه اثر بخشی درمان سوگ بیمارگون (CGT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شفقت با خود در بازماندگان افراد فوت‌شده با قصد خودکشی در شهر کرمان انجام شد. این مطالعه نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه افراد بازماندگان خودکشی در سال ۱۴۰۲ بود که ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به سه گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند. گروه‌های آزمایش تحت مداخله‌های درمانی درمان سوگ بیمارگون (CGT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو درمان تأثیر معناداری بر افزایش شفقت با خود داشتند، اما درمان سوگ بیمارگون با اندازه اثر ۷۷ درصد، اثربخشی بیش‌تری نسبت به درمان ACT با اندازه اثر ۵۱ درصد داشت. یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان سوگ بیمارگون بر افزایش شفقت با خود در بازماندگان خودکشی مؤثر است. این نتایج با پژوهش‌های قبلی همسو بوده و بر اهمیت درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های سوگ بیمارگون تأکید دارد. در نهایت، این پژوهش نشان می‌دهد که افزایش شفقت با خود می‌تواند به تسهیل فرآیند بهبودی روانی در این افراد کمک کند.

واژگان کلیدی: درمان سوگ بیمارگون، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت به خود، بازماندگان از خودکشی.

ناشر: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی **شاپای چاپی:** ۶۴۳۲-۳۰۹۲ **شاپای الکترونیکی:** ۶۴۴۰-۳۰۹۲

استناد به این مقاله: سلیمانی، الیاس، ابراهیمی نژاد، غلامرضا، و ملایی زرندی، حمید. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان سوگ بیمارگون با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت با خود در بازماندگان افراد فوت شده با قصد خودکشی. فصلنامه روانشناسی ارتباطات، ۲(۴)، صص. ۳۰-۴۴.

https://doi.org/10.82548/7W43-TQ02

مقدمه

«مرگ در زندگی بشر یک رویداد واقعی و غیرقابل‌کنترل می‌باشد و گفتگو و بحث درباره مرگ باعث برانگیختن ناراحتی، اضطراب و سردرگمی و رفتاری بازدارنده می‌شود؛ اما اخیراً افراد پذیرفته‌اند صحبت‌کردن درباره مرگ می‌تواند به افراد کمک کند که آن را به عنوان جزئی از زندگی بپذیرند و بکوشند بر احساساتی که از تصور آن عارض می‌شود، غلبه کنند. شاید دشوارترین کار انسان سازگارشدن با فقدان عزیزانش باشد. مرگ در جامعه همیشه یک موضوع ممنوعه (تابو) برای بحث وگفتگو بوده است» (جلالی و همکاران، ۱۴۰۱).

بازماندگان خودکشی همزمان که عزیزان‌شان را از دست می‌دهند با مرگی غیرمنتظره و احتمالاً خشونت بار نیز روبه‌رو می شوند. اگرچه خیلی از افرادی که از قبل قصد خودکشی دارند، اغلب نشانه‌هایی از قبیل گفتگو در باره مردن، وصیت و خدا حافظی کردن، پرداخت بدهی‌ها، تغییر کردن خلق به صورت ناگهانی یا حتی بهبود خلق را دارند، ولی باز هم این رخداد برای بازماندگان بسیار دور از تصور است. هم‌چنین اگر بازماندگان صحنه خودکشی یا پیکر متوفی را دیده باشند یا از کسانی که در صحنه حضور داشته‌اند جزئیات اتفاق را شنیده باشند، به طور معمول این اتفاق برای مدت زمان زیادی در ذهن‌شان خواهد ماند. «تعادل خانواده پس از مرگ یکی از اعضای خانواده بر اثر خودکشی برهم می‌ریزد و تأثیر قطعی خودکشی در خانواده به عواملی مثل نقش متوفی در خانواده و نحوه پرکردن جای خالی بستگی دارد» (جردن و مکینتاش،[1] ۲۰۱۱).

از طرفی فوت فرد عزیز به احساس تنهایی و انزوا از محیط پیرامون منجر می‌گردد. «شفقت با خود بعد از فقدان، رفتار همدلانه‌ای است که فرد با خود دارد و به بازماندگان یادآور می شود که بخشی از تجارب زندگی همه انسان‌ها درد و رنج است و فرد تنها نیست. بنابراین شفقت با خود به جای انکار به فرد کمک می‌کند، تا فقدان فرد عزیزشان را بپذیرند و برای این‌که درد و رنج‌شان تسهیل گردد هر آنچه می توانند انجام دهند» (شییر[2] و همکاران، ۲۰۱۱). زمانی که ما از درد خود آگاه هستیم و با مهربانی به آن پاسخ می‌دهیم و به خاطر می‌آوریم که درد و رنج یک تجربه مشترک همگانی است، بیش‌تر قادر خواهیم بود تا با چالش‌های زندگی مواجه شویم و معنا و شادمانی در زندگی را تجربه کنیم» (زابلینا و رابینسون[3]، ۲۰۱۰).

البته به طور کلی سه گروه مداخلات درمانی در خصوص کاهش فرایند سوگ مطرح شده است:« ۱) مداخلات عمومی که ممکن است بدون توجه به سطح پریشانی برای هر فرد داغ دیده انجام شوند. این مداخلات شامل بسیاری از برنامه‌های حمایتی سوگ هستند که تمرکز آن‌ها بر افزایش سازگاری مثبت با فقدان و بدون تمرکز بیش از حد بر جلوگیری از پیامدهای منفی خاص است؛ ۲) مداخلات خاص، افرادی را هدف قرار می دهند که فقدان احتمالاً باعث ایجاد پریشانی عاطفی زیاد در آن‌ها شده است؛ مانند بازماندگان خودکشی یا کودکانی که شاهد مرگ بودند؛ ۳) درمان‌های علامتی که سعی در معکوس کردن یا درمان واکنش‌های سوگ ناسازگار یا سایر اختلالات روان‌پزشکی دارند» (علیپور دهقانی، ۱۳۹۸).

یکی از این مداخلات که اخیراً توسط پژوهشگران مورد توجه قرار گرفته است و در زمره مداخلات خاص

[1] Jordan & McIntosh
[2] Shear
[3] Zabelina & Robinson

قرار دارد که از ایجاد سوگ‌های پیچیده و سایر اثرات ناشی از سوگ بازماندگان اثرگذار باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) است. هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی و توانایی انتخاب عملی مناسب‌تر در بین گزینه‌های مختلف با شش گام اساسی پذیرش، اجتناب تجربه‌ای، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل و تعهد است. «این رویکرد درمانی یک مدل مبتنی بر اصول علمی برای غنی‌سازی و توانمند کردن زندگی انسان است که در مواجهه با چالش‌های زندگی به انسان کمک می‌کند تا رضایت‌مند شود و بر مبنای مفاهیم ذهن آگاهی و ارزش‌ها ساخته شده است» (لی یو هیم[1] و همکاران، ۲۰۱۵). این درمان مبتنی بر نظریه‌گرایی کارکردی است. طبق نظریه زمینه‌گرایی کارکردی هیچ فکر، احساس یا خاطره‌ای ذاتاً آسیب‌زا نیست، بلکه وابسته به زمینه است. در زمینه‌ای که همجوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای را در بر دارد، افکار احساسات و خاطرات کارکردی آسیب‌زا دارند، اما در محیطی که پذیرش لازم را دارد، همان افکار احساسات و خاطرات کارکرد متفاوتی دارند و این تجارب شاید دردناک باشند اما آسیب‌زا نیستند و مانع زندگی ارزشمند ما نمی‌شوند» (بریکر[2] و همکاران، ۲۰۱۹).

در همین راستا نشان داده شده است که شفقت با خود با انواع مختلفی از آسیب‌شناسی روانی از جمله استرس تروماتیک مرتبط است و نشان داده است که در پاسخ به انواع مداخلات بهبود می‌یابد مفهوم سازی کنونی از شفقت به خود به خوبی با انعطاف روان‌شناختی مطابقت دارد. مدلی که زیر بنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است به همین دلیل، درمانگران هدف نهایی *ACT* را کمک به بیماران برای دستیابی به زندگی ارزشمندتر از طریق شش فرآیند اصلی پذیرش، ناهماهنگی شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌دانند. اگرچه روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای اولین بار برای درمان دردهای فیزیکی مورد استفاده قرار گرفت، اما در دو دهه اخیر در زمینه‌های مختلف و در جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است و از پشتیبانی تجربی بالایی برخوردار است. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یکی از روش‌های درمانی موثر در بهبود ناراحتی افراد است، به طور کلی بررسی‌های فوق از یک سو ثابت کرد که پریشانی و اختلال در غم و اندوه افراد داغدار از یک سو می‌تواند باعث ایجاد اختلالات روانی در روابط بین فردی شود. از سوی دیگر، اکثر پژوهش‌ها به محدودیت‌های پژوهشی خود اشاره کرده‌اند، اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اختلال پریشانی و سوگ به شدت متأثر از تفاوت‌های فرهنگی و مسائل مذهبی است و باید در تعمیم آن به سایر جوامع احتیاط کرد» (ابطحی فروشانی و رخشان، ۱۴۰۱).

«درمان جدیدی که حمایت شواهد تجربی را کسب کرده است، درمان سوگ بیمارگون نام دارد. این درمان بین سوگ مرضی و افسردگی افتراق می‌گذارد، تکنیک‌های اساسی درمان سوگ بیمارگون از روان درمانی میان فردی، درمان شناختی-رفتاری، آموزش شفقت با خود و مصاحبه انگیزشی گرفته شده است تا راهبردهای موجود در مدل پردازش دوگانه استروئب و شات[3] (۱۹۹۹)، که شامل راهبردهای فقدان محور و

[1] Livheim
[2] Bricker
[3] Stroebe & Schut

راهبردهای احیاء محور است را پوشش دهد» (شیپر[1] و همکاران، ۲۰۱۴).

روش تحقیق

این پژوهش با موضوع مقایسه اثر بخشی درمان سوگ بیمارگون(cgt) با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت با خود در بازماندگان افراد فوت شده به دنبال خودکشی در شهر کرمان بود که یک طرح مداخله‌ای از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون در دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان سوگ بیمارگون) با گروه کنترل و پیگیری (بعد از دو ماه) است . جامعه آماری شامل کلیه بازماندگان افراد فوت شده بر اثر خودکشی در شهر کرمان در سال‌های ۱۴۰۰، ۱۴۰۱ و شش ماهه اول ۱۴۰۲بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری داوطلبانه و از میان افراد داوطلب مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت مرکز بهداشت شهرستان کرمان بود. به دلیل عدم انتخاب تصادفی نمونه اولیه (حجم غیر کافی جامعه آماری) پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی در نظر گرفته شد. جامعه آماری ۷۵ نفر از بازماندگان نا شی از خودک شی بودند که ۳۰ نفر وا جد ملاک های ورود بود ند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به روش تصادفی در سه گروه قرار داده شدند (سه گروه ۱۰ نفره). گروه آز مایش تحت مداخله در مان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اساس پروتکل در مان Act ده جلسه‌ای ۱۲۰ دقیقه‌ای برای درمان سوگ طراحی توسط استیون سی هیز و گروه دیگر آزمایش تحت مداخله در مان سوگ بیمارگون بر اساس کتاب راهنمای درمان برای بالینگران سوگ بیمارگون شیپر (۲۰۱۲) برای یک دوره ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله را دریافت نکردند و بعد از دو ماه پیگیری انجام شد. معیارهای ورود شامل تمایل و ر ضایت برای شرکت در پژوهش، وجود علایم و نشانه‌های بالینی احتلال سوگ پیچیده بر مبنای Dsm-v دا شتن حداقل تح صیلات سیکل، دا شتن حداقل ۱۸ سال، عدم شرکت در دوره درمانی موازی بود. ضمناً این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.KERMAN.REC.1403.205 توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان ثبت شده است.

ابزار اندازه‌گیری

پر سشنامه شفقت به خود تو سط تف و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. که شامل ۲۶ گویه و ۶ مولفه مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات ان سانی، انزوا، به شیاری یا ذهن آگاهی و همانند سازی افراطی در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً م خالفم=۱ تا کاملاً موافقم= ۵ نمره گذاری شد. گو یه های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند. پرسشنامه شفقت خود شامل ۲۶ ماده برای اندازه‌گیری سه مولفه مهربانی به خود (۵ ماده) در برابر قضاوت کردن خود (۵ ماده)، ا شتراک انسانی (۴ ماده) در برابر ا نزوا (۴ ماده) و ذ هن آگا هی (۴ ماده) در برا بر همانندسازی افراطی (۴ ماده) تدوین شده است. ماده‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ رتبه‌ای، از تقریباً هرگز= ۱ تا تقریباً همیشه= ۵ تنظیم شده که نمره بالاتر سطح بالاتر شفقت خود را نشان می‌دهد. ضمناً ماده‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. در پژوهش شهبازی و همکاران (۱۳۹۴) برای اندازه‌گیری شفقت خود از فرم کوتاه ۱۲ ماده‌ای در

[1] Shear

شش خرده مقیاس و هر کدام دو ماده که توسط ریس و همکاران در سال ۲۰۱۱ تدوین گردیده استفاده شد. در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ است. هم‌چنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن اگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ می-باشند. روایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده است.

بعد از جمع‌آوری برای تجزیه و تحلیل دادها، از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و از نرم‌افزار۲۳-SPSS استفاده شد.

جدول ۱: رئوس مطالب مطرح شده طی جلسات درمان سوگ بیمارگون .

جلسات	رئوس مطالب
جلسه اول	آشنایی با مراجع و ایجاد رابطه با آزمودنی، انجام مصاحبه با آزمودنی بر اساس ملاک‌های تشخیصی سوگ بیمارگو سوگ بیمارگون، به دست آوردن تاریخچه بین فردی (روابط خانوادگی اولیه، سایر فقدان‌ها، روابط با فرد متوفی و ماجرای این مرگ و روابط فعلی). بحث در مورد وضعیت فعلی درمانجو (محرک‌های استرس‌آور و منابع مقابله‌ای)
جلسه دوم	مرور خاطرات نظارت بر سوگواری و محرک‌های آن را در طول هفته و زمان‌هایی که سوگ نسبتاً قابل کنترل بوده است برای جستجوی الگوها. و معرفی درمان و هدف‌های درمان. در نهایت درمانجو تشویق می‌شود تا در مورد آرزوهای شخصی و فعالیت‌هایی که پنانسیل بیداری مجدد ظرفیت شادی و معنای زندگی را دارند صحبت کند.
جلسه سوم	حضور یک فرد حمایت‌کننده مانند یکی از اعضای خانواده یا یک دوست نزدیک، چه به صورت حضوری یا در صورت لزوم، از طریق تلفن یا آنلاین است. دلایل منطقی برای گنجاندن یک فرد حمایت‌کننده این است که افرادی که سوگ پیچیده را تجربه می‌کنند، اغلب احساس ارتباط با دیگران را از دست می‌دهند، که هدف درمان کمک به بازیابی آن است. در طول جلسه، از این فرد خواسته می‌شود که درمانجو را از زمان مرگ، واکنش‌های او به سوگواری و موقعیت‌ها یا فعالیت‌های اجتناب‌شده توصیف کند.
جلسه چهارم	در این جلسه با معرفی یک ملاقات مجدد خیالی آغاز می‌شود. در این تکنیک، درمانجو به طور مختصر داستان زمانی را که از مرگ عزیزش آگاه شده است تجسم و تعریف می‌کند. این داستان به صورت کلامی تعریف و ضبط می‌شود و سپس با درمانگر شرح ماوقع را توضیح می‌دهد. هدف این تمرین کمک به درمانجوست تا با فقدان از طریق پردازش کردن آن در سطح هیجانی و ادغام کردن پردازش هیجانی با دانش منطقی که فرد محبوب فوت کرده است کنار آید.
جلسه پنجم	مروری بر دفتر خاطرات نظارت بر سوگ، ملاقات مجدد خیالی و کار بازیابی است. ملاقات مجددِ موقعیتی عنصر جدیدی است که در این جلسه معرفی می‌شود، که در آن درمانجو فعالیت‌ها یا مکان‌هایی را شناسایی می‌کند که قبلاً از آن‌ها به دلیل این‌که سوگواری را راه‌اندازی می‌کرده‌اند یا یادآور از دست دادن فرد محبوب بوده‌اند. درمانجو تشویق می‌شود که هر روز در یک فعالیت ملاقات مجددِ موقعیتی شرکت کند.
جلسه ششم تا نهم	درمانجو علاوه بر مرور دفتر خاطرات نظارت بر سوگواری، ملاقات مجدد خیالی و موقعیتی و کار کردن روی آرزوها، مجموعه‌ای از فرم‌ها را تکمیل می‌کند که خاطرات خوشایند و جنبه‌ها یا ویژگی‌های مثبت فرد فوت‌شده و هم‌چنین خاطرات ناخوشایند/جنبه‌های کمتر مثبت را شناسایی می‌کند. درمانجویان معمولاً برای برخی از این جلسات عکس و یادگاری‌های دیگرشان را می‌آورند.
جلسه دهم	اجرای پرسشنامه سوگ بیمارگون برای کمک به درمانجو برای ارزیابی پیشرفت و شناسایی نقاط بن‌بست. کار بر روی سایر فقدان‌ها، تعارض‌های بین فردی یا انتقال نقش باشد.
جلسه یازدهم و دوازدهم	تکمیل خاطرات نظارت سوگ، کار روی آرزوها، گفتگوی خیالی با متوفی (هم نقش خود و هم نقش شخص مورد علاقه را خود بازی می‌کند) کار روی افکار ناکارآمد.

جدول شماره ۲ رئوس مطالب مطرح شده طی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

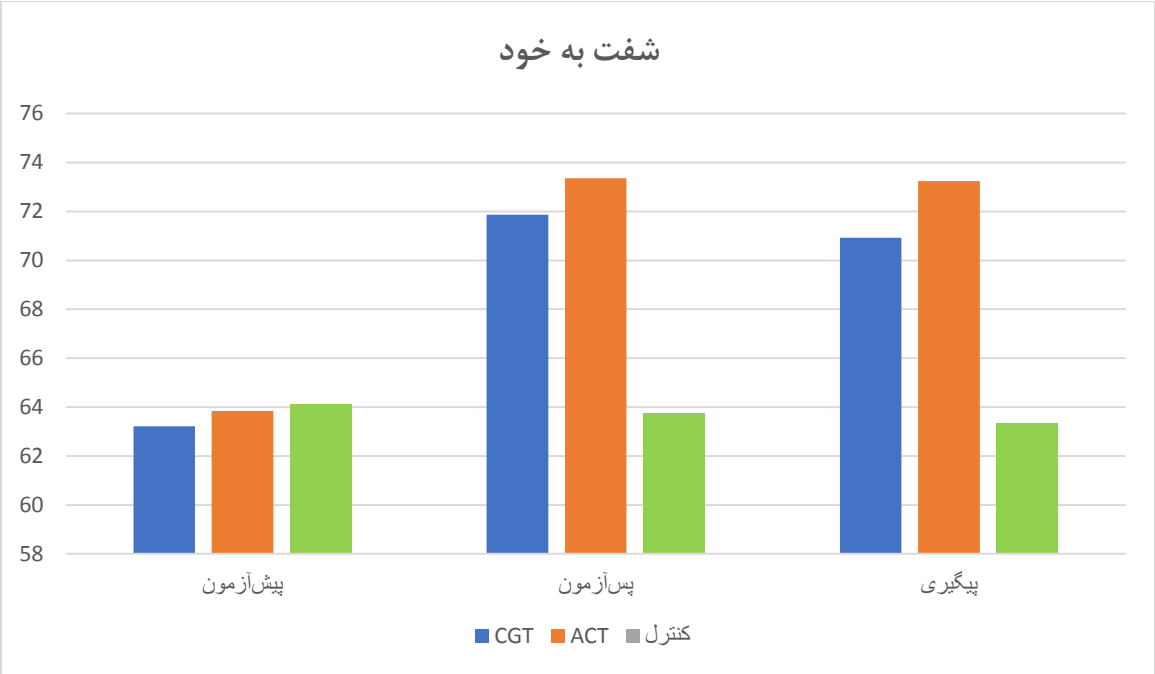
جلسات	رئوس مطالب
جلسه اول	ارزیابی، تعریف سوگ، مراحل سوگ، سوگ حل شده در مقابل سوگ حل نشده، آشنایی با ACT، انجام تکالیف
جلسه دوم	درد و رنج، مبارزه و اجتناب، پذیرش، بررسی راهبردهای مقابله و کنترل، سرخوردگی خلاق، توضیح و بحث در مورد ناکارآمدی کنترل، صحبت در مورد آرزوها
جلسه سوم	خودکار بودن افکار، سرخوردگی خلاق، تمرین دعا کردن، تمرین فکر نکردن در این مورد، نحوه عملکرد ذهن، پذیرش افکار در مقابل اجتناب
جلسه چهارم	بحث در مورد تجربه عواطف، هیجانات خوشایند در مقابل عواطف بد، سرخوردگی خلاق (کنترل تله شادی، تمرین زناشویی، رابطه بین عواطف و احساسات، بحث در مورد خشم، معرفی ذهن آگاهی به عنوان جایگزین کنترل هیجانات، تمرین ذهن آگاهی با تنفس، پذیرش هیجان
جلسات پنجم تا هفتم	ذهن آگاهی و ناهماهنگی شناختی به همراه مرور تمرینات قبلی مورد بحث قرار گرفت
جلسات هشتم تا دهم	معرفی ارزش‌ها، ارزیابی ارزش‌ها، انتخاب ارزش‌ها، انتخاب اهداف، تعهد و خاتمه بحث

یافته‌های تحقیق

در این پژوهش ۳۰ نفر از افراد بازماندگان خودکشی در سال ۱۴۰۲ در شهر کرمان شرکت کردند. و به دو گروه آزمایش هر گروه ۱۰ نفر و یک گروه کنترل ۱۰ نفر تقسیم شدند. تا آخر پژوهش نیز هیچ ریزشی مشاهده نشد و داده‌های تمام نمونه‌های وارد شده به مطالعه تحلیل شدند.

جدول(۱): میانگین و انحراف معیار متغیر شفقت به خود

متغیر	گروه	زمان	میانگین	انحراف معیار
شفقت با خود	گروه درمان سوگ بیمارگون	پیش از آموزش	۶۳/۲۱	۷/۳۶
		پس از آموزش	۷۱/۸۷	۹/۲۳
		پیگیری	۷۰/۹۲	۹/۱۷
	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش از آموزش	۶۳/۸۴	۷/۳۱
		پس از آموزش	۷۳/۳۶	۸/۹۴
		پیگیری	۷۳/۲۴	۸/۸۴
	گروه کنترل	پیش از آموزش	۶۴/۱۲	۶/۹۳
		پس از آموزش	۶۳/۷۶	۷/۰۳
		پیگیری	۶۴/۳۶	۷/۱۱



نمودار(۱): تغییرات متغیر شفقت به خود در مراحل آزمون

متغیر شـــفقت با خود در دو گروه آزمایش(درمان سـوگ بیمارگون و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل، دارای توزیع نرمال است.

جدول(۲): نتایج مفروضات تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌های تکراری

متغیر وابسته			نتایج آزمون لوین		نتایج آزمون کرویت موخلی	
			نسبت F	p	آماره آزمون	p
شفقت با خود	گروه درمان سوگ بیمارگون	پیش از آموزش	۰/۲۲۱	۰/۶۴۴	۰/۸۹۱	۰/۳۷۶
		پس از آموزش	۲/۶۸۷	۰/۲۲۸		
		پیگیری	۲/۱۹۰	۰/۱۵۶		
	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش از آموزش	۱/۰۰۸	۰/۳۲۹	۰/۵۱۰	۰/۰۰۳
		پس از آموزش	۰/۰۹۱	۰/۷۶۷		
		پیگیری	۱/۱۰۸	۰/۳۰۶		

با توجه به نتایج جدول ۲ برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها در هر سه زمان آزمون تأیید می‌شود (P>۰/۰۵) . هم‌چنین برای بررسی پیش فرض یکنواختی کواریانس متغیر شفقت با خود در زمان‌های مورد پژوهش، از آزمون کرویت موخلی استفاده شد. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی با (P>۰/۰۵) برقراری شرط کرویت را رد می‌کند و لذا با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون محافظه‌کارانه گرین هاوس-گیسر (Greenhouse-Geisser) برای انجام آزمون نمرات متغیر شفقت با خود در ۳ بار اندازه‌گیری در گروه درمان سوگ بیمارگون استفاده می‌کنیم.

جدول(۳): خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای آزمون اثرات درون گروهی در شفقت با خود (درمان سوگ بیمارگون)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر
اثر زمان	۳۶۲۰/۲۳۳	۱/۸۰۴	۲۰۰۶/۷۴۹	۵۱/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۷۴۱
اثر گروه(CGT)*زمان	۴۱۶۹/۰۳۳	۱/۸۰۴	۲۳۱۰/۹۵۷	۵۹/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۷۶۷
خطا	۱۲۶۷/۴۰۰	۳۲/۴۷۳	۳۹/۰۳۰			

جدول ۳ نشان‌دهنده آزمون اثرات درون گروهی تحلیل واریانس به منظور روشن شدن تأثیر درمان سوگ بیمارگون بر شفقت با خود است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که روند تغییرات نمره شفقت با خود در طول زمان (قبل مداخله آموزشی تا بعد از مداخله و مرحله پیگیری) و هم‌چنین روند تغییرات نمره شفقت با خود در طول زمان بین دو گروه درمان سوگ بیمارگون و کنترل (زمان × گروه) از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P<۰/۰۰۰$). با توجه به نمرات پس آزمون گروه آزمایش (۷۱/۸۷) و مرحله پیگیری (۷۰/۹۲)، نسبت به گروه کنترل (۶۳/۷۶)، مشخص می‌شود که میانگین نمرات شفقت با خود گروه آزمایش در مراحل پس آزمون نسبت به گروه کنترل، افزایش یافته است که نشان از اثر آموزش درمان سوگ بیمارگون بر شفقت با خود دارد. میزان اندازه اثر نشان‌دهنده این مطلب است که میزان تأثیر درمان سوگ بیمارگون بر شفقت با خود،۷۷ درصد بوده است.

جدول(۴): خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای آزمون اثرات درون گروهی در شفقت با خود (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر
اثر زمان	۷۰۰/۹۰۰	۲	۳۵۰/۴۵۰	۱۳/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳۳
اثر گروه(ACT)*زمان	۹۴۱/۷۰۰	۲	۴۷۰/۸۵۰	۱۸/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۵۰۷
خطا	۹۱۶/۰۶۷	۳۶	۲۵/۴۴۶			

جدول ۴ نشان‌دهنده آزمون اثرات درون گروهی تحلیل واریانس به منظور روشن شدن تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت با خود است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که روند تغییرات نمره شفقت با خود در طول زمان (قبل مداخله آموزشی تا بعد از مداخله و مرحله پیگیری) و هم‌چنین روند تغییرات نمره شفقت با خود در طول زمان بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل (زمان × گروه) از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P<۰/۰۰۰$). با توجه به نمرات پس آزمون گروه آزمایش (۷۳/۳۶) و مرحله پیگیری (۷۳/۲۴)، نسبت به گروه کنترل (۶۳/۷۶)، مشخص می‌شود که میانگین نمرات شفقت با خود گروه آزمایش در مراحل پس آزمون نسبت به گروه کنترل، افزایش یافته است که نشان از اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت با خود دارد. میزان اندازه اثر نشان‌دهنده این مطلب است که میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت با خود، ۵۱ درصد بوده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی برای دو گروه آزمایش

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P-Value
شفقت‌به‌خود	گواه	CGT	-۸/۱۱	۰/۱۶	۰/۰۰
		ACT	-۹/۶۰	۰/۱۶	۰/۰۱
	CGT	ACT	-۱/۴۹	۰/۱۶	۰/۰۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین نمرات شفقت به خود در بازماندگان خودکشی در گروه آزمایشی درمان سوگ بیمارگون با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌دار وجود دارد و درمان سوگ بیمارگون در افزایش نمرات شفقت به خود تأثیر بیش‌تری داشت.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که روند تغییرات نمره شفقت با خود در طول زمان بین دو گروه درمان سوگ بیمارگون و کنترل (زمان × گروه) از لحاظ آماری معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۰). با توجه به نمرات پس آزمون گروه آزمایش (۷۴/۳۰) و مرحله پیگیری (۹۷/۷۰)، نسبت به گروه کنترل (۵۷/۸۰)، مشخص می‌شود که میانگین نمرات شفقت با خود گروه آزمایش در مراحل پس آزمون نسبت به گروه کنترل، افزایش یافته است که نشان از اثر آموزش درمان سوگ بیمارگون بر شفقت با خود دارد. میزان اندازه اثر نشان‌دهنده این مطلب است که میزان تأثیر درمان سوگ بیمارگون بر شفقت با خود،۷۷ درصد بوده است. هم‌چنین روند تغییرات نمره شفقت با خود در طول زمان (قبل مداخله آموزشی تا بعد از مداخله و مرحله پیگیری) و هم‌چنین روند تغییرات نمره شفقت با خود در طول زمان بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل (زمان × گروه) از لحاظ آماری معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۰). با توجه به نمرات پس آزمون گروه آزمایش (۷۵/۹۰) و مرحله پیگیری (۷۹/۷۰)، نسبت به گروه کنترل(۵۷/۸۰)، مشخص می‌شود که میانگین نمرات شفقت با خود گروه آزمایش در مراحل پس آزمون نسبت به گروه کنترل، افزایش یافته است که نشان از اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت با خود دارد. میزان اندازه اثر نشان‌دهنده این مطلب است که میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت با خود، ۵۱ درصد بوده است.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های اکاتی و همکاران (۱۴۰۲)؛ تورانی (۱۴۰۳)؛ دمهری (۱۴۰۰)، لخنر-مایچنر[1] و همکاران (۲۰۲۲) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت در سوگ بیمارگون، به‌ویژه در مورد بازماندگان خودکشی، افراد با احساسات شدید گناه، شرم، و اضطراب روبه‌رو هستند. این احساسات می‌توانند باعث تقویت خودانتقادی و کاهش شفقت به خود شوند، چرا که بازماندگان خود را مسئول مرگ عزیزان‌شان می‌دانند و درگیری با افکار سرزنش‌آمیز ممکن است به صورت مداوم ادامه یابد. در چنین شرایطی، نه تنها سوگ به شکلی پیچیده‌تر و شدیدتر تجربه می‌شود، بلکه افراد قادر به برخورد مناسب با

[1] Lechner-Meichsner

احساسات خود نیستند و به جای حمایت از خود، خود را مجازات می‌کنند.

در این میان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌تواند به‌طور قابل توجهی بر شفقت با خود اثر بگذارد. ACT به فرد این امکان را می‌دهد که از طریق پذیرش احساسات منفی و دشوار خود، بدون قضاوت یا خودانتقادی، به‌طور مؤثری با آن‌ها مواجه شود. «در این رویکرد درمانی، فرد یاد می‌گیرد که به‌جای سرزنش خود، احساسات خود را با پذیرش و درک بیش‌تری بپذیرد. این پذیرش به‌ویژه در سوگ بیمارگون بسیار حیاتی است، چرا که این احساسات منفی و پیچیده می‌توانند تسکین یابند و فرد قادر به کاهش شدت آن‌ها شود» (تورانی و همکاران، ۱۴۰۳).

با توجه به این‌که ACT بر اساس افزایش آگاهی و پذیرش درونی عمل می‌کند، فرد قادر می‌شود تا خود را با مهربانی و شفقت بپذیرد. در این فرآیند، فرد به جای تلاش برای کنترل یا تغییر احساسات خود، یاد می‌گیرد که با آن‌ها زندگی کند و از آن‌ها برای رشد و بهبود خود استفاده کند. این تغییر نگرش نسبت به خود می‌تواند موجب افزایش میزان شفقت با خود در بازماندگان خودکشی شود و از این طریق، به کاهش رنج های ناشی از سوگ بیمارگون کمک کند» (دمهری و همکاران، ۱۴۰۰).

با توجه به این که در سوگ بیمارگون، به‌ویژه در سوگ ناشی از خودکشی، افراد معمولاً با احساس گناه و خودسرزنشی شدیدی روبه‌رو هستند، درمان ACT می‌تواند به‌عنوان یک روش مؤثر در کاهش این خودانتقادی‌ها عمل کند. این درمان به بازماندگان کمک می‌کند که به خودشان اجازه دهند که احساسات خود را تجربه کنند، اما در عین حال از خود حمایت کنند و به جای سرزنش خود، به خود شفقت نشان دهند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تفاوت‌های معناداری در میزان شفقت با خود ایجاد کند. این تأثیرات مثبت بر شفقت با خود، به‌طور غیرمستقیم منجر به کاهش نشانه‌های سوگ بیمارگون و بهبود کیفیت زندگی بازماندگان خودکشی می شود. به عبارت دیگر، وقتی فرد قادر به پذیرش و محبت به خود در فرآیند سوگ باشد، این می‌تواند به تسهیل فرآیند بهبودی روانی و کاهش رنج‌های عاطفی کمک کند و در نتیجه تفاوت معناداری را در میزان شفقت با خود ایجاد کند.

سپاسگزاری

نگارندگان بر خود لازم/فرض می‌دانند از کلیه شرکت-کنندگان در پژوهش سپاسگزاری نمایند.

مشارکت نویسندگان

میزان مشارکت همه نویسندگان در نگارش مقاله یکسان بوده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

Motamed Jalali, Mozhdeh, Monirpour, Nader, and Zarghami Hajibi, Majid. (1401) Investigating the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing grief symptoms in women with persistent complex grief disorder. *Disability Studies*, 12(0), 7-0 (In Persian)

Disorder and Reducing Distress in Female Nurses Bereaved by Corona, (In Persian)

Stroebe, M., & Schut, H., (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

Shear, M., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry, 71(11)*, 1287-1295.

Tourani Faezeh, Aghaei Hakimeh, Nouhi Shahnaz, Tabatabaei Seyed Musa. (2024) Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and compassion-based therapy on premature grief and psychological distress in caregivers of patients with cancer. *Psychology Development*. 13 (7): 140-131. (In Persian)

Damehri, Farangs; Sardari, Zohreh; Saeedmanesh, Mohsen; (2022) The effectiveness of acceptance and commitment therapy enriched with compassion on psychological well-being and suicidal tendencies in adolescents with parents with chronic psychological illness. *Quarterly Journal of Social Work*. 10(4): 37-47. (In Persian)

Lechner-Meichsner, F., Mauro, C., Skritskaya, N. A., & Shear, M. K. (2022). Change in avoidance and negative grief-related cognitions mediates treatment outcome in older adults with prolonged grief disorder. *Psychotherapy Research*, *32*(1), 78-90.

Ekati, Gholam Nabi; Shahabizadeh, Fatemeh; Bahrenian, Seyed Abdul Majid. (2023). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy with and without self-compassion and mindfulness on emotional reactions of women with coronavirus anxiety and insecure attachment to their spouse. (In Persian)

2011) Grief after (2.Jordan JR, McIntosh JL. suicide: *Understanding the consequences and caring for the survivors*: Routledge;

Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al.(2011). *Complicated grief and related bereavement issues for DSM-*5..17-103:(2)28;

Zabelina, D. L., & Robinson, M. D. (2010). Don't be so hard on yourself: selfcompassion facilitates creative originality among self-judgmental individuals. *Creativity Research*, 22(3), 288–293.

Alipourdhaghani, Fatemeh, 2019, Investigation of grief caused by COVID-19 and available treatment methods, *First National Conference on Cognitive Sciences and Education*, Shiraz (In Persian).

Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., Turner, S., Hayes, S. C., & Tengström, A. (2015). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(4), 1016–1030. https://doi.org/10.1007/s10826-014-9912-9(In Persian)

Bricker J, Tollison S. Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: a conceptual and clinical review. *Behav Cogn Psychother*. 2019 Oct;39(5):541-59. doi: 10.1017/S1352465810000901. Epub 2011 Feb 22. PMID: 21338532; PMCID: PMC3135725. (In Persian)

Abtahi Furoshani, Nafiseh and Rakhshan, Parvaneh, 2012, Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Prolonged Grief