

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر افسردگی در مراقبین خانوادگی بیماران بستری مبتلا به سرطان ریه

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۱/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۵/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۲۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۲۱

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۲/۰۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر افسردگی مراقبین خانوادگی بیماران بستری مبتلا به سرطان ریه انجام شد. این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون، گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان ریه بستری در بیمارستان شهدای تهران در سال ۱۴۰۳ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۴۸ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه طرحواره درمانی، درمان شناختی رفتاری و کنترل، هر گروه شامل ۱۶ نفر، قرار گرفتند. گروه های آزمایش در هشت جلسه مداخله گروهی شرکت کردند، درحالی که گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری جمع آوری و با تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اثر زمان، اثر گروه و اثر تعاملی زمان و گروه بر نمرات افسردگی معنادار بود ($P < 0.05$). مقایسه های زوجی بنفرونی نشان داد هر دو مداخله طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در مراحل پس آزمون و پیگیری، در مقایسه با گروه کنترل، موجب کاهش معنادار افسردگی شدند ($P < 0.05$). همچنین، تفاوت میان دو گروه از مایش معنادار بود و در مان شناختی رفتاری در پس آزمون و پیگیری کاهش بیشتری در افسردگی ایجاد کرد ($P < 0.05$). هر دو مداخله در کاهش افسردگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان ریه مؤثر بودند؛ با این حال، درمان شناختی رفتاری اثربخشی بیشتری نشان داد و می تواند به عنوان مداخله ای ساختاریافته و کوتاه مدت در برنامه های حمایتی مراکز انکولوژی به کار گرفته شود.

کلیدواژگان: افسردگی؛ درمان شناختی رفتاری؛ طرحواره درمانی؛ سرطان ریه؛ مراقبین خانوادگی

آسیه قره داغی قهرمانلو^۱، شهرام نعمت زاده
گنجابی^{۱*}، مهرداد ثابت^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی،
رودهن، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

Shahram.nematzadeh@riau.ac.ir

شیوه استناددهی: قره داغی قهرمانلو، آسیه، نعمت زاده گنجابی، شهرام، و ثابت، مهرداد. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر افسردگی در مراقبین خانوادگی بیماران بستری مبتلا به سرطان ریه. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۵(۱)، ۲۰-۱.

A Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Depression in Family Caregivers of Hospitalized Patients with Lung Cancer

Submit Date:
2026-04-26

Revise Date:
2026-07-12

Accept Date:
2026-07-19

Initial Publish Date:
2026-08-01

Final Publish Date:
2027-03-21

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy in reducing depression among family caregivers of hospitalized patients with lung cancer. This quasi-experimental study employed a pretest–posttest control-group design with a two-month follow-up. The statistical population comprised family caregivers of patients with lung cancer hospitalized at Shohada Hospital in Tehran in 2024. Forty-eight eligible caregivers were selected through purposive sampling and randomly assigned to schema therapy, cognitive behavioral therapy, and control groups, with 16 participants in each group. The experimental groups received eight group-based intervention sessions, whereas the control group received no intervention. Depression was assessed using the Beck Depression Inventory at pretest, posttest, and follow-up. Data were analyzed using mixed analysis of variance and Bonferroni post-hoc comparisons in SPSS version 26. Mixed analysis of variance indicated significant effects of time, group, and the time-by-group interaction on depression scores ($p < .05$). Bonferroni pairwise comparisons demonstrated that both schema therapy and cognitive behavioral therapy significantly reduced depression at posttest and follow-up compared with the control group ($p < .05$). A statistically significant difference was also observed between the two experimental groups. Cognitive behavioral therapy produced a significantly greater reduction in depression than schema therapy at both posttest and the two-month follow-up ($p < .05$). Both schema therapy and cognitive behavioral therapy were effective in reducing depression among family caregivers of hospitalized patients with lung cancer. However, cognitive behavioral therapy demonstrated greater effectiveness and may therefore be considered a suitable structured, short-term psychological intervention for caregiver-support programs in oncology and hospital settings.

Keywords: *cognitive behavioral therapy; depression; family caregivers; lung cancer; schema therapy*

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

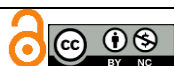


Asiyeh Gharedaghi Ghahremanlou¹,
Shahram Nematzadeh Gatabi^{1*}, Mehrdad
Sabet¹

1. Department of Psychology, Ro.c, Islamic Azad
University, Roudehen, Iran.

*Corresponding Author's Email:
Shahram.nematzadeh@riau.ac.ir

How to cite: Gharedaghi Ghahremanlou, A.,
Nematzadeh Gatabi, Sh., & Sabet, M. (2027). A
Comparison of the Effectiveness of Schema
Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on
Depression in Family Caregivers of Hospitalized
Patients with Lung Cancer. *Health Psychology and
Behavioral Disorders*, 5(1), 1-16.



مقدمه

سرطان ریه یکی از بیماری‌های تهدیدکننده حیات است که پیامدهای آن تنها به وضعیت جسمانی بیمار محدود نمی‌شود، بلکه ساختار روانی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. فرایند تشخیص، بستری‌شدن، درمان‌های طولانی‌مدت، احتمال عود بیماری، کاهش توانایی‌های عملکردی بیمار و ابهام درباره آینده، خانواده را در معرض فشار مستمر قرار می‌دهد. در این میان، مراقبین خانوادگی نقشی اساسی در پیگیری درمان، مدیریت علائم، تأمین نیازهای روزمره، حمایت عاطفی و برقراری ارتباط میان بیمار و نظام درمانی بر عهده دارند. آنان معمولاً بدون برخورداری از آموزش تخصصی و در شرایطی آکنده از اضطراب و عدم قطعیت، بخش قابل‌توجهی از مسئولیت مراقبت را می‌پذیرند. تجربه مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان می‌تواند با محدودیت در زندگی شخصی، کاهش روابط اجتماعی، اختلال در فعالیت‌های شغلی، فشار مالی، فرسودگی جسمانی و احساس ناتوانی در برابر پیشرفت بیماری همراه شود. پژوهش‌های کیفی نیز نشان داده‌اند که مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان با چالش‌هایی مانند ابهام در نقش، کمبود حمایت حرفه‌ای، نگرانی درباره آینده بیمار، تغییر در روابط خانوادگی و دشواری در سازگاری با شرایط درمان مواجه‌اند (Chin et al., 2025; Sharbafchi et al., 2025).

مراقبت طولانی‌مدت، به‌ویژه در بیماری‌هایی که با درد، ناتوانی، کاهش امید به زندگی و نیاز مستمر به خدمات درمانی همراه‌اند، می‌تواند به شکل‌گیری بار مراقبتی منجر شود. بار مراقبتی مفهومی چندبعدی است که فشارهای جسمانی، هیجانی، اجتماعی، اقتصادی و زمانی ناشی از مراقبت را دربر می‌گیرد. هنگامی که demands مراقبتی از منابع روانی و اجتماعی فرد فراتر می‌رود، احتمال بروز آشفتگی روان‌شناختی افزایش می‌یابد. مراقبین ممکن است به تدریج احساس کنند کنترل خود را بر زندگی از دست داده‌اند، نیازهای شخصی آنان نادیده گرفته شده است و امکان فاصله‌گرفتن از شرایط مراقبتی وجود ندارد. این وضعیت می‌تواند به احساس درماندگی، خستگی هیجانی، کاهش رضایت از زندگی و تضعیف احساس شایستگی در نقش مراقبتی منجر شود. یافته‌های مربوط به مراقبین بیماران مزمن و مبتلا به دمانس نیز نشان داده‌اند که احساس شایستگی و رضایت از مراقبت، تحت تأثیر شیوه پردازش هیجان‌ها، الگوهای شناختی و توانایی فرد برای سازگاری با فشارهای مداوم قرار می‌گیرد (Khosravi et al., 2021; Ramezani et al., 2023).

افسردگی یکی از مهم‌ترین پیامدهای روان‌شناختی تجربه مراقبت است. این اختلال در مراقبین می‌تواند به صورت خلق پایین، کاهش انگیزه، احساس ناامیدی، بی‌لذتی، اختلال خواب، خستگی، احساس گناه، کاهش تمرکز و نگرش منفی نسبت به خود و آینده ظاهر شود. مراقب ممکن است از یک‌سو خود را موظف به حفظ امید و حمایت از بیمار بداند و از سوی دیگر، با احساس ترس، خشم، غم و ناتوانی مواجه باشد. تعارض میان این هیجان‌ها می‌تواند فرد را به سرکوب عاطفی، کناره‌گیری اجتماعی و کاهش فعالیت‌های لذت‌بخش سوق دهد و زمینه تداوم افسردگی را فراهم کند. شواهد نشان می‌دهد که بار مراقبتی، فشار والدینی و آشفتگی روانی می‌توانند به صورت مستقیم و غیرمستقیم با افسردگی مراقبین ارتباط داشته باشند. همچنین، عوامل محافظتی مانند تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و منابع معنوی می‌توانند شدت این رابطه را تعدیل کنند (Geschke et al., 2024; La et al., 2024; Seçinti et al., 2024).

افسردگی مراقب تنها یک مشکل فردی نیست، بلکه می‌تواند کیفیت مراقبت از بیمار را نیز تحت تأثیر قرار دهد. مراقبی که با ناامیدی، خستگی و کاهش انرژی مواجه است، ممکن است توان کمتری برای پیگیری منظم درمان، مدیریت نشانه‌های بیمار، پاسخ‌گویی همدلانه و تصمیم‌گیری در موقعیت‌های دشوار داشته باشد. افزون بر این، حالت‌های هیجانی مراقب می‌تواند از طریق تعاملات خانوادگی به بیمار منتقل شود و بر سازگاری روانی او اثر بگذارد. در خانواده‌هایی که یکی از اعضا به بیماری جدی مبتلاست، تنظیم هیجان مراقب، شیوه بیان نگرانی‌ها و کیفیت پاسخ‌گویی عاطفی او در شکل‌گیری امنیت روانی بیمار نقش مهمی دارد. مطالعات حوزه سرطان کودکان نیز نشان داده‌اند که نحوه اجتماعی‌سازی هیجان از سوی مراقبین و توانایی آنان برای تنظیم و انتقال مناسب هیجان‌ها با سازگاری بیمار و عملکرد خانواده ارتباط دارد (Guthrie et al., 2025; Qiu & Shum, 2022). بنابراین، مداخله برای کاهش افسردگی مراقبین می‌تواند هم‌زمان سلامت روان آنان و کیفیت حمایت ارائه‌شده به بیمار را ارتقا دهد.

با وجود اهمیت نقش مراقبین، خدمات درمانی در بسیاری از مراکز عمدتاً بر نیازهای جسمانی بیمار متمرکز است و وضعیت روان‌شناختی اعضای خانواده کمتر به صورت نظام‌مند ارزیابی می‌شود. مراقبین ممکن است علائم افسردگی خود را به عنوان پیامدی طبیعی و اجتناب‌ناپذیر از بیماری عزیزشان تلقی کنند و برای دریافت کمک حرفه‌ای اقدام نکنند. از سوی دیگر، محدودیت زمانی، مسئولیت‌های خانوادگی، هزینه‌های درمان و اولویت دادن به نیازهای بیمار می‌تواند دسترسی آنان به خدمات روان‌شناختی را دشوار سازد. در چنین شرایطی، استفاده از مداخلات کوتاه‌مدت، ساختاریافته و متناسب با نیازهای مراقبین اهمیت فراوانی دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های روان‌شناختی می‌توانند کیفیت زندگی، سلامت عمومی، راهبردهای مقابله‌ای و توانایی سازگاری مراقبین بیماران مزمن را بهبود بخشند و از شدت فشارهای روانی آنان بکاهند (Bani Hashemi et al., 2020; Hosseini et al., 2025).

یکی از رویکردهای مؤثر برای کاهش نشانه‌های افسردگی، درمان شناختی‌رفتاری است. این درمان بر این فرض استوار است که هیجان‌ها و رفتارهای فرد تا حد زیادی تحت تأثیر نحوه تفسیر او از رویدادها قرار دارند. در شرایط مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان، افکاری مانند «هیچ کاری از دست من بر نمی‌آید»، «من باید همیشه قوی باشم»، «اگر حال بیمار بدتر شود، من مقصرم» یا «آینده کاملاً ناامیدکننده است» می‌توانند به تشدید احساس گناه، درماندگی و افسردگی منجر شوند. درمان شناختی‌رفتاری با شناسایی افکار خودآیند منفی، بررسی شواهد، اصلاح تحریف‌های شناختی، آموزش حل مسئله، فعال‌سازی رفتاری و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، به مراقب کمک می‌کند ارزیابی واقع‌بینانه‌تری از وضعیت داشته باشد. این رویکرد همچنین می‌تواند از طریق افزایش فعالیت‌های هدفمند و لذت‌بخش، کاهش اجتناب و ارتقای احساس کنترل، چرخه تداوم افسردگی را مختل کند. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که درمان شناختی‌رفتاری قادر است استرس ادراک‌شده مراقبین خانوادگی را کاهش دهد و منابع سازگاری آنان را تقویت کند (Van Duine, 2024).

ساختار روشن، هدف‌محور و مهارت‌آموز درمان شناختی‌رفتاری، آن را به گزینه‌ای مناسب برای مراقبینی تبدیل می‌کند که در محیط‌های بیمارستانی و شرایط پرتنش به راهکارهای عملی و قابل اجرا نیاز دارند. در این رویکرد، درمانگر و درمان‌جو به صورت مشارکتی اهداف مشخصی تعیین می‌کنند و از تکالیف خانگی برای انتقال مهارت‌ها به موقعیت‌های واقعی استفاده می‌شود. مراقب می‌آموزد موقعیت‌های تنش‌زا را شناسایی کند، واکنش‌های شناختی و هیجانی خود را ثبت کند و با استفاده از روش‌هایی مانند پرسشگری سقراطی، بازسازی شناختی، حل مسئله و خودگویی سازگاران، پاسخ‌های مؤثرتری ایجاد نماید. مطالعات انجام‌شده در حوزه درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر تروما نیز بر اهمیت مشارکت مراقبین و نقش رفتارها و پاسخ‌های آنان در فرایند درمان تأکید کرده‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات شناختی‌رفتاری، علاوه بر تأثیر مستقیم بر علائم روان‌شناختی فرد، می‌توانند الگوهای تعامل و تنظیم هیجان در بافت خانواده را نیز بهبود بخشند (Brown et al., 2020; Canale et al., 2022).

با این حال، برخی مراقبین دارای الگوهای شناختی و هیجانی عمیق‌تری هستند که ممکن است تنها با اصلاح افکار سطحی یا آموزش مهارت‌های رفتاری تغییر نکنند. بسیاری از افراد پیش از آغاز نقش مراقبتی، باورهای ریشه‌داری درباره فداکاری، مسئولیت‌پذیری افراطی، نادیده گرفتن نیازهای خود، ترس از طردشدن یا احساس بی‌کفایتی دارند. فشار ناشی از بیماری سرطان می‌تواند این الگوهای نهفته را فعال کند و شدت واکنش‌های هیجانی را افزایش دهد. برای مثال، فردی که طرحواره ایثار یا معیارهای سخت‌گیرانه دارد ممکن است استراحت کردن یا درخواست کمک را نشانه خودخواهی بداند، درحالی‌که فرد دارای طرحواره نقص و شرم ممکن است ناتوانی در کنترل بیماری را به بی‌کفایتی شخصی نسبت دهد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای فراگیر و پایداری‌اند که در نتیجه تعامل خلق‌وخو با تجربه‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرند و در موقعیت‌های تنش‌زا فعال می‌شوند. پژوهش‌ها ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه با الگوهای دلبستگی و آسیب‌پذیری‌های هیجانی را تأیید کرده‌اند (Shayeghian et al., 2011).

طرحواره درمانی رویکردی یکپارچه است که عناصر درمان شناختی‌رفتاری، نظریه دلبستگی، گشتالت‌درمانی و فنون تجربی را با یکدیگر ترکیب می‌کند. هدف این درمان، شناسایی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌هایی است که موجب تداوم مشکلات

هیجانی می‌شوند. در فرایند طرحواره‌درمانی، مراقب می‌آموزد میان نیازهای سالم خود و الزام‌های افراطی ناشی از طرحواره‌ها تمایز قائل شود. فنونی مانند مواجهه همدلانه، بازوالدینی محدود، تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوی صندلی‌ها، نامه‌نویسی و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم می‌توانند به پردازش تجربه‌های هیجانی عمیق و ایجاد پاسخ‌های سازگارانه کمک کنند. تأکید این رویکرد تنها بر کاهش علائم نیست، بلکه بر تغییر ساختارهای شناختی و هیجانی زیربنایی متمرکز است. مفهوم طرحواره‌های مثبت نیز در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته و پیشنهاد شده است که درمان، علاوه بر تضعیف طرحواره‌های ناسازگار، باید بر تقویت الگوهای مانند شایستگی، اعتماد، پیوند، خودمختاری و امید تمرکز کند (Videler et al., 2020).

طرحواره‌درمانی می‌تواند برای مراقبین تحت استرس مزمن اهمیت ویژه‌ای داشته باشد؛ زیرا نقش مراقبتی اغلب موقعیت‌هایی را ایجاد می‌کند که طرحواره‌های دیرپای فرد را فعال می‌سازند. مراقبی که همواره نیازهای دیگران را بر نیازهای خود مقدم می‌داند، ممکن است در برابر درخواست کمک مقاومت کند و به تدریج دچار فرسودگی و افسردگی شود. همچنین، فعال‌شدن ذهنیت والد تنبیه‌گر می‌تواند موجب خودسرزنشگری شدید در برابر هرگونه کاهش توان مراقبت شود. در چنین مواردی، اصلاح افکار خودآیند بدون پرداختن به ریشه‌های هیجانی و نیازهای برآورده‌نشده ممکن است اثری محدود یا کوتاه‌مدت داشته باشد. شواهد نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند تنظیم هیجان را در افرادی که با فشار مزمن مراقبتی مواجه‌اند بهبود بخشد و آموزش مبتنی بر طرحواره نیز در کاهش خستگی شفقت و اصلاح پاسخ‌های ناسازگارانه مراقبین مؤثر است (Khosravi et al., 2021; Tan et al., 2021). همچنین، مقایسه رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی، طرحواره‌درمانی و درمان کارآمدی هیجانی نشان داده است که مداخلات عمیق‌تر شناختی - هیجانی می‌توانند احساس شایستگی و رضایت از نقش مراقبتی را ارتقا دهند (Ramezani et al., 2023).

در کنار درمان شناختی‌رفتاری و طرحواره‌درمانی، یافته‌های مربوط به درمان‌های موج سوم نیز بر اهمیت پذیرش، ذهن‌آگاهی، شفقت به خود و تنظیم هیجان در مراقبین تأکید کرده‌اند. مرور پژوهش‌های انجام‌شده درباره مراقبین بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد که درمان‌های موج سوم شناختی‌رفتاری می‌توانند در کاهش آشفتگی روان‌شناختی، اضطراب، افسردگی و بار مراقبتی مؤثر باشند (Hong et al., 2023). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز با کاهش آشفتگی روانی و ترس از عود سرطان در مراقبین همراه بوده است (Hosseini et al., 2025). همچنین، مداخلات مبتنی بر شفقت به خود در کاهش افسردگی، بار مراقبتی و دشواری‌های تنظیم هیجان مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر مؤثر گزارش شده‌اند (Sadeghi et al., 2024). آموزش ذهن‌آگاهی و شفقت به خود نیز می‌تواند به مراقبین کمک کند رفتارهای دشوار بیمار را بدون واکنش هیجانی افراطی مدیریت کنند و از فرسودگی روانی خود بکاهند (Spigelmyer et al., 2022). این شواهد در مجموع نشان می‌دهند که هر مداخله‌ای که بتواند انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی مراقب را افزایش دهد، ظرفیت کاهش افسردگی را خواهد داشت. با وجود همپوشانی برخی فنون، درمان شناختی‌رفتاری و طرحواره‌درمانی از نظر عمق مداخله، کانون تغییر و سازوکار اثر تفاوت دارند. درمان شناختی‌رفتاری بیشتر بر افکار فعلی، رفتارهای اجتنابی، مهارت‌های مقابله‌ای و مشکلات روزمره تمرکز می‌کند و معمولاً در قالبی کوتاه‌مدت و ساختاریافته اجرا می‌شود. در مقابل، طرحواره‌درمانی بر الگوهای دیرپای شخصیت، نیازهای هیجانی ارضانشده، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های فعال‌شده تأکید دارد و تلاش می‌کند تغییراتی عمیق‌تر در سازمان شناختی و هیجانی فرد ایجاد کند. از این رو، ممکن است درمان شناختی‌رفتاری در شرایط حاد و کوتاه‌مدت، به دلیل ارائه راهکارهای عملی، کاهش سریع‌تری در نشانه‌های افسردگی ایجاد کند، درحالی‌که طرحواره‌درمانی بتواند در بلندمدت پایداری بیشتری داشته باشد. با این حال، این فرض نیازمند بررسی تجربی در گروه‌های خاص مراقبین است و نمی‌توان نتایج حاصل از بیماران روان‌پزشکی یا مراقبین بیماری‌های دیگر را مستقیماً به مراقبین بیماران مبتلا به سرطان ریه تعمیم داد.

ویژگی‌های فرهنگی نیز می‌توانند بر اثربخشی این دو رویکرد اثرگذار باشند. در فرهنگ ایرانی، مراقبت از عضو بیمار خانواده اغلب به‌عنوان وظیفه‌ای اخلاقی و خانوادگی تلقی می‌شود و مفاهیمی مانند فداکاری، تحمل، مسئولیت‌پذیری و مقدم‌دانستن نیازهای بیمار ارزش بالایی دارند. این ارزش‌ها در عین برخورداری از کارکرد حمایتی، ممکن است در برخی افراد با خودفداگری افراطی، سرکوب نیازهای شخصی و احساس گناه

در زمان استراحت یا درخواست کمک همراه شوند. در چنین شرایطی، طرحواره‌درمانی می‌تواند به شناسایی مرز میان مراقبت سالم و ایثار آسیب‌زا کمک کند، درحالی‌که درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند باورهای ناکارآمد مرتبط با مسئولیت مطلق، فاجعه‌سازی و درماندگی را به چالش بکشد. افزون بر این، معنویت و منابع معنایی در بسیاری از خانواده‌ها به‌عنوان عامل محافظتی عمل می‌کنند و می‌توانند رابطه میان بار مراقبتی و افسردگی را کاهش دهند (La et al., 2024). بنابراین، بررسی مداخلات روان‌شناختی در بافت فرهنگی جامعه هدف برای ارائه خدمات مؤثر و بومی ضروری است.

مرور شواهد نشان می‌دهد که عوامل مختلفی از جمله تاب‌آوری، تنظیم هیجان، سبک‌های مقابله‌ای، کیفیت روابط خانوادگی، احساس شایستگی، حمایت اجتماعی و منابع معنوی در تجربه افسردگی مراقبین نقش دارند. تاب‌آوری می‌تواند شدت اثر بار مراقبتی بر افسردگی و استرس را کاهش دهد (Geschke et al., 2024) و تنظیم هیجان مناسب نیز به مراقب کمک می‌کند فشارهای ناشی از بیماری را بدون گرفتارشدن در چرخه اجتناب، خودسرزنشگری و ناامیدی مدیریت کند (Qiu & Shum, 2022). از سوی دیگر، شرایط بحرانی مانند همه‌گیری‌ها و محدودیت دسترسی به خدمات درمانی می‌تواند چالش‌های مراقبت را تشدید کرده و نیاز به حمایت روان‌شناختی را افزایش دهد (Sharbafchi et al., 2025). تجربه مراقبین همسر نیز نشان می‌دهد که تغییر نقش‌ها، احساس تنهایی، نگرانی از آینده و دشواری در بیان نیازهای عاطفی از عناصر مهم تجربه مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان است (Chin et al., 2025). مجموعه این عوامل ضرورت طراحی مداخلاتی را برجسته می‌سازد که هم به نشانه‌های فعلی و هم به الگوهای زیربنایی آسیب‌پذیری توجه کنند.

با وجود افزایش مطالعات مربوط به سلامت روان مراقبین، پژوهش‌های مقایسه‌ای مستقیم درباره اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی‌رفتاری بر افسردگی مراقبین خانوادگی بیماران بستری مبتلا به سرطان ریه محدود است. بخش قابل‌توجهی از مطالعات پیشین بر مراقبین بیماران مبتلا به دمانس، آلزایمر، اوتیسم، سرطان کودکان یا سایر بیماری‌های مزمن تمرکز داشته‌اند و کمتر به شرایط خاص مراقبت از بیمار بستری مبتلا به سرطان ریه پرداخته‌اند. همچنین، برخی پژوهش‌ها تنها اثربخشی یک رویکرد را در مقایسه با گروه کنترل بررسی کرده‌اند و اطلاعات محدودی درباره برتری نسبی مداخلات وجود دارد. مقایسه مستقیم دو درمان می‌تواند مشخص سازد که آیا تمرکز بر افکار و رفتارهای فعلی برای کاهش افسردگی مراقبین کافی است یا پرداختن به طرحواره‌ها و نیازهای هیجانی عمیق‌تر نتایج مطلوب‌تری ایجاد می‌کند. چنین دانشی می‌تواند در انتخاب درمان، طراحی برنامه‌های حمایتی بیمارستانی و تخصیص بهینه منابع روان‌شناختی به مراقبین نقش داشته باشد.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی‌رفتاری بر افسردگی مراقبین خانوادگی بیماران بستری مبتلا به سرطان ریه بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل همراه با دوره پیگیری دوماهه انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان ریه بستری در بیمارستان شهدای تهران در سال ۱۴۰۳ بود. پس از انجام هماهنگی‌های اداری با مدیریت و حراست بیمارستان، مراقبین بیماران از نظر برخورداری از شرایط ورود به پژوهش بررسی شدند. نمونه‌گیری به شیوه غیرتصادفی و هدفمند انجام شد و افراد واجد شرایط پس از مصاحبه مقدماتی و اعلام رضایت برای مشارکت در پژوهش وارد مطالعه شدند. در آغاز، ۵۱ نفر در سه گروه ۱۷ نفره به‌صورت تصادفی گمارده شدند؛ با این حال، به دلیل ریزش سه شرکت‌کننده در جریان اجرای پژوهش، داده‌های نهایی مربوط به ۴۸ نفر، شامل ۱۶ نفر در گروه طرحواره‌درمانی، ۱۶ نفر در گروه درمان شناختی‌رفتاری و ۱۶ نفر در گروه کنترل، تحلیل شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن مسئولیت اصلی مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان ریه، برخورداری از نسبت خانوادگی درجه اول با بیمار، برخورداری از توانایی خواندن و نوشتن، گذشت حداقل ۶ ماه از زمان تشخیص سرطان ریه بیمار، داشتن حداقل

مدرک تحصیلی دیپلم، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در زمان ورود به مطالعه، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی بر اساس خوداظهاری، عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی یا مشاوره‌ای دیگر، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی طی حداقل یک ماه پیش از ارزیابی اولیه و برخورداری از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ‌گویی به ابزارهای پژوهش بود. غیبت در بیش از دو جلسه درمانی، انصراف از ادامه مشارکت، شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های مشاوره‌ای یا روان‌درمانی، شروع مصرف داروهای روان‌پزشکی در طول اجرای پژوهش و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون یا پیگیری به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شدند. پس از تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان، گروه نخست در برنامه طرحواره‌درمانی و گروه دوم در برنامه درمان شناختی-رفتاری شرکت کردند، درحالی‌که گروه کنترل طی این مدت هیچ مداخله روان‌شناختی سازمان‌یافته‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش پیش از آغاز مداخلات، بلافاصله پس از پایان جلسات و ۶۰ روز پس از پس‌آزمون در مرحله پیگیری برای هر سه گروه اجرا شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، هدف، مراحل و شرایط اجرای پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و مشارکت آنان کاملاً داوطلبانه بود. همچنین به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی و پاسخ‌هایشان محرمانه باقی می‌ماند، داده‌ها صرفاً برای اهداف علمی استفاده می‌شود، خروج از پژوهش در هر مرحله بدون هیچ پیامدی امکان‌پذیر است و در صورت تمایل، نتایج کلی پژوهش در اختیار آنان قرار خواهد گرفت. شرکت در پژوهش هیچ‌گونه هزینه‌ای برای شرکت‌کنندگان نداشت و در صورت بروز ابهام در تکمیل پرسشنامه‌ها یا اجرای تکالیف درمانی، توضیحات لازم ارائه شد.

برای سنجش افسردگی از ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. این ابزار یکی از پرکاربردترین پرسشنامه‌های خودگزارشی برای ارزیابی شدت نشانه‌های افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان است و ۲۱ ماده را دربر می‌گیرد. هر ماده شامل چهار گزینه است که بر اساس شدت نشانه افسردگی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین، دامنه نمره کل پرسشنامه از ۰ تا ۶۳ متغیر است و افزایش نمره نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌های افسردگی است. ماده‌های پرسشنامه ابعاد مختلف افسردگی، از جمله خلق غمگین، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، خودسرزنشگری، افکار خودکشی، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، تغییر در تصویر بدنی، کاهش انرژی، اختلال خواب، تحریک‌پذیری، کاهش اشتها، دشواری تمرکز و کاهش علاقه را ارزیابی می‌کنند. بررسی‌های روان‌سنجی متعدد، روایی محتوایی، سازه‌ای، هم‌زمان و افتراقی مطلوب این ابزار را تأیید کرده‌اند. بک، استیر و گاربین ضرایب همسانی درونی پرسشنامه را در مطالعات مختلف بین ۰٫۷۳ تا ۰٫۹۲ و میانگین آن را حدود ۰٫۸۶ گزارش کرده‌اند. آلوی و کین نیز ضریب پایایی درونی ۰٫۹۰ و کراکر و همکاران ضریب اعتبار به روش تنصیف ۰٫۸۶ را گزارش کرده‌اند. در ارزیابی نسخه فارسی پرسشنامه بر روی دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی، ضریب آلفای کرونباخ ۰٫۷۱ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰٫۷۳ به دست آمد که بیانگر پایایی قابل‌قبول ابزار در جامعه ایرانی است. در پژوهش حاضر، نمره کل پرسشنامه به‌عنوان شاخص شدت افسردگی شرکت‌کنندگان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد استفاده قرار گرفت.

مداخله طرحواره‌درمانی بر اساس اصول و فنون طرحواره‌درمانی یانگ و همکاران و در قالب ۸ جلسه گروهی اجرا شد. در جلسه نخست، پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه و درمانگر با یکدیگر آشنا شدند و قوانین، اهداف، ساختار جلسات، محرمانگی مطالب، تعهدات درمانی و انتظارات مرتبط با مشارکت در جلسات توضیح داده شد؛ همچنین، مفاهیم مقدماتی طرحواره، نیازهای هیجانی اساسی و نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی معرفی شد. در جلسه دوم، مشکلات مراقبین از دیدگاه طرحواره‌درمانی بررسی و تجربه‌های مرتبط با اجتناب، آمیختگی شناختی، ناکامی نیازهای هیجانی و ارزش‌های فردی استخراج شد و شرکت‌کنندگان مزایا، معایب و پیامدهای شیوه‌های مقابله‌ای خود را شناسایی کردند. در جلسه سوم، الگوهای تکرارشونده و آسیب‌رسان زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال‌شده در موقعیت مراقبت از بیمار شناسایی شد و ارتباط میان طرحواره‌ها، افکار، هیجان‌ها و واکنش‌های رفتاری مورد بررسی قرار گرفت. جلسه چهارم به آموزش مواجهه همدلانه، بازوالدینی محدود، آزمون اعتبار طرحواره‌ها و بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده باورهای طرحواره‌ای اختصاص یافت و شرکت‌کنندگان آموختند افکار و حالت‌های روانی خود را بدون قضاوت مشاهده کنند. در جلسه پنجم، شواهد مرتبط با طرحواره‌ها از نو تفسیر

شد و مزایا و معایب طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای تسلیم، اجتناب و جبران افراطی مورد بحث قرار گرفت. در جلسه ششم، فنون تجربی شامل تصویرسازی ذهنی، بازنویسی تصاویر آسیب‌زا و نامه‌نویسی به والدین یا افراد مهم زندگی اجرا شد تا شرکت‌کنندگان ارتباط میان تجربه‌های گذشته، نیازهای برآورده‌نشده و شکل‌گیری طرحواره‌های کنونی را درک کنند. در جلسه هفتم، ذهنیت‌های والد تنبیه‌گر، والد پرتوقع، کودک آسیب‌پذیر و کودک عصبانی شناسایی شد و مقابله با ذهنیت‌های ناکارآمد، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم و استفاده از بازوالدینی محدود مورد تمرین قرار گرفت. در جلسه هشتم، محتوای جلسات مرور و فنون آموخته‌شده تمرین شد و شرکت‌کنندگان برنامه‌ای عملی برای اصلاح سبک‌های مقابله‌ای، افزایش هیجان‌های مثبت، تقویت احساس معنا و استفاده از ذهنیت بزرگسال سالم در موقعیت‌های واقعی مراقبت تدوین کردند. در پایان این جلسه، پس‌آزمون اجرا و زمان ارزیابی پیگیری دوماهه هماهنگ شد. شیوه اجرای جلسات ترکیبی از آموزش مستقیم، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، ایفای نقش، تمرین‌های تجربی، تکالیف خانگی و استفاده از محتوای دیداری بود.

مداخله درمان شناختی-رفتاری بر اساس مدل هافمن و در قالب ۸ جلسه گروهی اجرا شد. در جلسه نخست، پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضا با یکدیگر و با درمانگر آشنا شدند و قوانین گروه، اهداف درمان، ساختار جلسات، ضرورت مشارکت فعال، محرمانگی مطالب و اهمیت انجام تکالیف خانگی تشریح شد؛ همچنین، توضیحاتی مقدماتی درباره اصول درمان شناختی-رفتاری ارائه گردید. در جلسه دوم، رابطه درمانی شکل گرفت، مشکلات اصلی مراقبین بررسی شد و اهداف درمانی با همکاری شرکت‌کنندگان تعیین گردید. در ادامه، مدل شناختی و ارتباط متقابل افکار، هیجان‌ها و رفتارها آموزش داده شد و شرکت‌کنندگان با استفاده از الگوی ABC، موقعیت‌های تنش‌زا، باورهای فعال شده و پیامدهای هیجانی و رفتاری خود را ثبت کردند. جلسه سوم به شناسایی افکار خودآیند منفی، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، تشخیص تحریف‌های شناختی و به چالش کشیدن افکار منفی از طریق پرسشگری سقراطی اختصاص یافت. در جلسه چهارم، مهارت‌های خودکنترلی، خودنظارتی و افزایش هوشیاری نسبت به افکار و هیجان‌ها آموزش داده شد و باورهای زیربنایی و موقعیت‌های فعال‌کننده آن‌ها با استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین شناسایی گردید. در جلسه پنجم، مهارت‌های ارتباطی، گوش‌دادن فعال، بیان روشن نیازها، پاسخ‌دهی کلامی کارآمد و استفاده از خودگویی‌های مثبت آموزش داده شد و از تمرین‌های رفتاری و توافق‌های تقویتی برای افزایش رفتارهای سازگاران استفاده شد. در جلسه ششم، آموزش جرأت‌ورزی، حل مسئله، تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی ارائه شد و شرکت‌کنندگان آموختند مشکلات مرتبط با نقش مراقبتی را به اجزای قابل کنترل تقسیم کنند، راه‌حل‌های مختلف را شناسایی و مناسب‌ترین راه‌حل را اجرا و ارزیابی کنند. در جلسه هفتم، باورهای هسته‌ای و باورهای غیرشرطی منفی شناسایی و از طریق بررسی شواهد، پرسشگری سقراطی، بازسازی شناختی و درجه‌بندی میزان اعتقاد به باورهای منفی در مقیاس ۰ تا ۱۰۰ تضعیف شدند؛ همچنین، برنامه‌هایی برای جایگزینی افکار واقع‌بینانه و ایجاد هیجان‌ها و رفتارهای سازگاران تدوین شد. در جلسه هشتم، تمام فنون آموزش داده‌شده مرور و تمرین شد و تأکید ویژه‌ای بر کنترل افکار خودآیند منفی، تداوم فعالیت‌های لذت‌بخش و معنادار، استفاده از مهارت‌های حل مسئله و پیشگیری از بازگشت نشانه‌های افسردگی صورت گرفت. شرکت‌کنندگان برنامه‌ای فردی برای استفاده از آموخته‌ها در زندگی روزمره و موقعیت‌های دشوار مراقبت از بیمار تهیه کردند و پس از اجرای پس‌آزمون، زمان ارزیابی پیگیری دوماهه تعیین شد. جلسات با استفاده از آموزش مستقیم، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، ایفای نقش، تمرین عملی، تکالیف خانگی و محتوای دیداری اجرا شدند.

داده‌های حاصل از سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، از میانگین و انحراف معیار برای توصیف نمرات افسردگی در گروه‌های طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و کنترل استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، به منظور بررسی تغییرات نمرات افسردگی در طول زمان و مقایسه الگوی این تغییرات میان سه گروه، تحلیل واریانس آمیخته با یک عامل درون گروهی شامل زمان اندازه‌گیری در سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و یک عامل بین گروهی شامل عضویت در گروه طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و کنترل اجرا شد. پیش از انجام تحلیل اصلی، مفروضه‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس و کرویت بررسی شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف،

همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین، همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با آزمون ام‌باکس و مفروضه کرویت با آزمون موچلی ارزیابی شد. با توجه به نقض مفروضه کرویت، اصلاح گرین‌هاوس - گایزر برای تفسیر اثرات درون‌گروهی مورد استفاده قرار گرفت. پس از مشاهده اثرهای معنادار، برای مقایسه‌های زوجی میانگین گروه‌ها در مراحل مختلف از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. سطح معناداری تمامی آزمون‌ها ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و اندازه اثر نیز برای تعیین میزان تأثیر مداخلات گزارش شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که ۴۸ نفر (۱۶ نفر گروه طرحواره درمانی، ۱۶ نفر درمان شناختی رفتاری و ۱۶ نفر گروه کنترل) حضور داشتند که میانگین و انحراف استاندارد معیار سن برای گروه درمان طرحواره به ترتیب ۳۵/۴۳ و ۱/۴۵ سال، برای گروه درمان شناختی رفتاری ۳۵/۶۳ و ۱/۰۲ سال و برای گروه کنترل ۳۵/۴۷ و ۰/۹۴ بود. همچنین جنسیت همه افراد شرکت‌کننده ها زن بود. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. برای توصیف داده‌ها از میانگین به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به‌عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیر افسردگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	انحراف معیار		انحراف معیار
				میانگین	انحراف معیار	میانگین
افسردگی	کنترل	۱۹/۱۳	۴/۹۳	۱۰/۴۷	۴/۷۲	۹/۸۷
	طرحواره درمانی	۲۰/۴۰	۴/۲۱	۱۰/۳۳	۵/۸۰	۱۰/۱۳
	درمان شناختی رفتاری	۱۹/۲۷	۴/۴۵	۲۰/۹۳	۴/۳۴	۲۰/۸۷

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، افسردگی برای سه گروه کنترل، طرحواره درمانی، درمان شناختی رفتاری در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه کنترل میانگین نمره کل افسردگی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های طرحواره درمانی، درمان شناختی رفتاری شاهد کاهش قابل‌توجه افسردگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات افسردگی در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری ($p > 0.05$) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های افسردگی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ($F = 0.186$)، پس‌آزمون ($F = 0.20$)، پس‌آزمون ($F = 1.105$) و پیگیری ($F = 1.33$)، $P = 0.263$) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر افسردگی ($F = 1.04$)، $P = 0.32$) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای متغیر افسردگی رعایت نشده است. بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرین‌هاوس - گایزر استفاده شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
افسردگی	درون‌گروهی	زمان	۲۹۲/۹۸	۱/۳۳	۲۲۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۰۱
		زمان × گروه	۵۸۱۲/۲	۲/۶۶	۲۱۸۷/۵	۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
		خطا	۲۴۲۸۳/۱۹	۵۰/۴۸	۴۸۱/۰۲	-	-	-

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۲ ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه کنترل در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیر افسردگی بین دو گروه طرحواره درمانی و شناختی رفتاری و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد مقایسه دویه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بنفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیر افسردگی

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری			
افسردگی	طرحواره	کنترل	۵/۲۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	۳۸/۰۶۷*	۴/۳۲۳	۱/۰۰۰	۳۸/۷۳۳*
	درمانی	درمان	۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۱/۰۰۰	۲۱/۲۶۷*
		شناختی رفتاری	کنترل	۱/۸۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	۵۹/۲۰۰*	۴/۳۲۳	۶۰/۰۰۰*
شناختی رفتاری	درمان	طرحواره	۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۱/۰۰۰	۲۱/۲۶۷*
	درمانی	کنترل	۱/۸۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	۵۹/۲۰۰*	۴/۳۲۳	۱/۰۰۰	۶۰/۰۰۰*

با توجه به جدول ۳ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل در متغیر افسردگی ($P < 0.05$) و درمان شناختی رفتاری و کنترل در متغیر افسردگی ($P < 0.05$) وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین روش درمان طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ اختلاف معنادار وجود دارد. مطابق با جدول ۵ اختلاف میانگین روش درمان طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری برای متغیر افسردگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به صورت مثبت معنادار شده است. در نتیجه درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی اثربخشی بیشتری نسبت به طرحواره درمانی داشته است ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی‌رفتاری بر افسردگی مراقبین خانوادگی بیماران بستری مبتلا به سرطان ریه انجام شد. نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که نمرات افسردگی در طول زمان و در تعامل با نوع گروه به‌طور معناداری تغییر کرده است؛ به این معنا که الگوی تغییر افسردگی در گروه‌های دریافت‌کننده طرحواره‌درمانی و درمان شناختی‌رفتاری با گروه کنترل تفاوت داشت. مقایسه‌های زوجی نیز نشان داد هر دو مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دوماهه موجب کاهش معنادار افسردگی در مقایسه با گروه کنترل شدند. افزون بر این، میان دو مداخله درمانی نیز تفاوت معناداری مشاهده شد و درمان شناختی‌رفتاری در کاهش افسردگی، اثربخشی بیشتری نسبت به طرحواره‌درمانی نشان داد. حفظ تفاوت‌ها در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که آثار هر دو درمان تنها به پایان جلسات محدود نبوده و طی دوره دوماهه پس از مداخله نیز استمرار داشته است. در مجموع، یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته می‌توانند در کاهش نشانگان افسردگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان ریه مؤثر باشند، هرچند سرعت و میزان تغییر ایجادشده در درمان شناختی‌رفتاری بیشتر بوده است.

نخستین یافته پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری در کاهش افسردگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان ریه با نتایج مطالعات پیشین همسو است. در پژوهش بنی‌هاشمی و همکاران، درمان شناختی‌رفتاری توانست کیفیت زندگی و سلامت عمومی مراقبین بیماران مزمن را بهبود بخشد و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگانه را افزایش دهد؛ نتایجی که نشان می‌دهد تغییر در افکار و رفتارهای ناکارآمد می‌تواند فشار روانی ناشی از مراقبت طولانی‌مدت را کاهش دهد (Bani Hashemi et al., 2020). همچنین، یافته‌های وان دوین

نشان داد درمان شناختی-رفتاری در کاهش استرس ادراک شده مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به دمانس مؤثر است و می‌تواند به آنان کمک کند موقعیت‌های دشوار مراقبتی را به شیوه‌ای واقع‌بینانه‌تر ارزیابی کنند (Van Duine, 2024). اگرچه نوع بیماری و ویژگی‌های نمونه در این مطالعات با پژوهش حاضر تفاوت دارد، وجه مشترک آن‌ها قرارگرفتن مراقبین در معرض استرس مزمن، کاهش فرصت‌های شخصی و احساس محدودیت در کنترل شرایط است؛ بنابراین، همسویی نتایج نشان می‌دهد سازوکارهای شناختی و رفتاری مرتبط با افسردگی در گروه‌های مختلف مراقبین شباهت‌های قابل‌توجهی دارند.

اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری را می‌توان بر اساس مدل شناختی افسردگی توضیح داد. مراقبین بیماران مبتلا به سرطان ریه به‌طور مستمر با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که می‌تواند افکار خودآیند منفی را فعال کند. تصورهایی مانند «هیچ کاری برای نجات بیمار نمی‌توانم انجام دهم»، «آینده کاملاً ناامیدکننده است»، «باید در تمام شرایط قوی باقی بمانم» یا «اگر وضعیت بیمار وخیم شود، من مقصرم» زمینه افزایش احساس گناه، درماندگی و ناامیدی را فراهم می‌کنند. درمان شناختی-رفتاری با آموزش شناسایی افکار خودآیند، بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده، تشخیص تحریف‌هایی مانند فاجعه‌سازی، شخصی‌سازی و تعمیم افراطی و جایگزینی افکار واقع‌بینانه‌تر، شدت واکنش‌های افسردگی را کاهش می‌دهد. این درمان همچنین از طریق فعال‌سازی رفتاری، برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش و هدفمند، تقویت ارتباطات اجتماعی و کاهش اجتناب، چرخه‌ای را که در آن خلق پایین به کاهش فعالیت و کاهش افسردگی منجر می‌شود، مختل می‌کند. از این رو، مراقب به تدریج احساس کنترل و کارآمدی بیشتری در برابر شرایط دشوار پیدا می‌کند.

کوتاه‌مدت و ساختاریافته بودن درمان شناختی-رفتاری نیز می‌تواند برتری آن را در پژوهش حاضر توضیح دهد. مراقبین بیماران بستری معمولاً با کمبود زمان، فشار جسمانی، نگرانی درباره روند درمان و ضرورت پاسخ‌گویی فوری به نیازهای بیمار مواجه‌اند. در چنین موقعیتی، روش درمانی‌ای که مهارت‌های روشن، قابل‌فهم و بلافاصله قابل‌استفاده ارائه دهد، احتمالاً با نیازهای فعلی آنان تناسب بیشتری دارد. آموزش حل مسئله، جرأت‌ورزی، مدیریت خودگویی‌های منفی، تنظیم فعالیت‌های روزانه و استفاده از الگوی شناخت، هیجان و رفتار، به مراقبین امکان می‌دهد مشکلات خود را به عناصر کوچک‌تر و قابل‌کنترل تقسیم کنند. براون و همکاران نیز در بررسی نقش مراقبین در درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما نشان دادند که مشارکت فعال مراقب و اصلاح الگوهای پاسخ‌دهی او می‌تواند به کاهش آشفتگی هیجانی و بهبود فرایند سازگاری کمک کند (Brown et al., 2020). کانال و همکاران نیز نشان دادند رفتارهای مراقب در جلسات پردازش هیجانی می‌تواند شدت پریشانی را تحت تأثیر قرار دهد و آموزش پاسخ‌های تنظیم‌شده‌تر به مراقبین اهمیت بالینی دارد (Canale et al., 2022). بنابراین، درمان شناختی-رفتاری نه تنها به تغییر افکار فردی مراقب کمک می‌کند، بلکه شیوه واکنش او به بیمار و موقعیت‌های بحرانی را نیز اصلاح می‌نماید. نتیجه مربوط به کاهش افسردگی در گروه طرحواره‌درمانی نیز با شواهد موجود همخوانی دارد. تن و همکاران گزارش کردند که طرحواره‌درمانی موجب بهبود تنظیم هیجان در مراقبین می‌شود که در معرض استرس مزمن قرار دارند (Tan et al., 2021). همچنین، خسروی و همکاران نشان دادند آموزش مبتنی بر طرحواره در کاهش خستگی شفقت‌مادرانی که نقش مراقب خانوادگی داشتند مؤثر است (Khosravi et al., 2021). رضانی و همکاران نیز در مقایسه مداخلات مختلف گزارش کردند که طرحواره‌درمانی می‌تواند رضایت از مراقبت و احساس شایستگی را در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس افزایش دهد (Ramezani et al., 2023). این مطالعات نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی از طریق تغییر الگوهای شناختی و هیجانی عمیق، می‌تواند پیامدهای منفی مراقبت طولانی‌مدت را کاهش دهد. یافته پژوهش حاضر نیز تأیید می‌کند که فعال‌شدن طرحواره‌های ناسازگار در شرایط بیماری یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری یا تداوم افسردگی مراقبین است و مداخله بر این الگوها می‌تواند به بهبود وضعیت روان‌شناختی آنان منجر شود.

اثر بخشی طرحواره‌درمانی را می‌توان با توجه به ویژگی‌های نقش مراقبتی توضیح داد. مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان ممکن است طرحواره‌هایی مانند ایثار، اطاعت، معیارهای سخت‌گیرانه، نقص و شرم، محرومیت هیجانی و رهاشدگی را فعال کند. برای مثال، مراقبی که تحت تأثیر طرحواره ایثار قرار دارد، نیازهای جسمانی و روانی خود را نادیده می‌گیرد و استراحت یا درخواست کمک از دیگران را نوعی خودخواهی تلقی می‌کند.

فرد دارای معیارهای سخت‌گیرانه نیز ممکن است خود را ملزم بداند که بدون خستگی، شکایت یا خطا از بیمار مراقبت کند و هرگونه کاهش توانایی را شکست شخصی بداند. همچنین، طرحواره محرومیت هیجانی می‌تواند سبب شود مراقب انتظار دریافت حمایت نداشته باشد و احساس تنهایی خود را بیان نکند. شایقیان و همکاران نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تجارب دل‌بستگی و الگوهای ارتباطی اولیه مرتبط‌اند و در موقعیت‌های فشارزا می‌توانند آسیب‌پذیری روان‌شناختی فرد را افزایش دهند (Shayeghian et al., 2011). در طرحواره‌درمانی، شناسایی این الگوها و استفاده از فنونی مانند بازوالدینی محدود، مواجهه همدلانه، تصویرسازی و گفت‌وگو با ذهنیت‌های ناکارآمد، زمینه تغییر رابطه فرد با نیازهای هیجانی و باورهای ریشه‌دار را فراهم می‌کند.

تأکید طرحواره‌درمانی بر تقویت ذهنیت بزرگسال سالم و طرحواره‌های مثبت نیز می‌تواند در کاهش افسردگی مراقبین نقش داشته باشد. ویدلر و همکاران بر ضرورت توجه به طرحواره‌های مثبت در فرایند درمان تأکید کرده‌اند و معتقدند تقویت احساس شایستگی، خودمختاری، اعتماد، تعلق و امید می‌تواند در کنار کاهش طرحواره‌های ناسازگار به بهبود پایدارتر منجر شود (Videler et al., 2020). در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان گروه طرحواره‌درمانی از طریق بازشناسی نیازهای هیجانی، بررسی سبک‌های مقابله‌ای و تمرین پاسخ‌های سالم‌تر، فرصت یافتند نقش مراقبتی خود را بدون نادیده گرفتن کامل نیازهای شخصی بازتعریف کنند. این فرایند می‌تواند شدت خودسرزنشگری و احساس بی‌ارزشی را کاهش دهد و امکان تجربه هیجان‌های مثبت‌تر را فراهم سازد. افزون بر این، پردازش تجربه‌های گذشته و درک منشأ برخی واکنش‌های شدید کنونی، به مراقب کمک می‌کند فشار بیماری را صرفاً نشانه بی‌کفایتی شخصی نداند و نسبت به خود نگرشی همدلانه‌تر پیدا کند. با این حال، برتری درمان شناختی‌رفتاری نسبت به طرحواره‌درمانی در کاهش افسردگی، نیازمند تبیین دقیق‌تری است. یکی از توضیحات احتمالی آن است که دوره مداخله شامل ۸ جلسه بود و این مدت ممکن است برای ایجاد تغییرات عمیق در طرحواره‌های ناسازگار اولیه کافی نباشد. طرحواره‌درمانی معمولاً برای شناسایی الگوهای دیرپا، شکل‌گیری رابطه درمانی اصلاحی، اجرای فنون تجربی و تثبیت ذهنیت بزرگسال سالم به زمان بیشتری نیاز دارد. در مقابل، درمان شناختی‌رفتاری از نخستین جلسات بر مشکلات جاری و نشانه‌های مشخص تمرکز می‌کند و می‌تواند در دوره کوتاه‌مدت کاهش سریع‌تری در افسردگی ایجاد نماید. بنابراین، کمتر بودن میزان تغییر در گروه طرحواره‌درمانی لزوماً به معنای ضعف این رویکرد نیست، بلکه ممکن است منعکس‌کننده تفاوت در سرعت و سطح تغییر باشد. درمان شناختی‌رفتاری احتمالاً نشانه‌های فعلی را سریع‌تر هدف قرار می‌دهد، درحالی‌که طرحواره‌درمانی بر ساختارهای زیربنایی متمرکز است و آثار کامل آن ممکن است در دوره‌های پیگیری طولانی‌تر آشکار شود.

تفاوت نیازهای فوری مراقبین نیز می‌تواند دلیل دیگری برای برتری درمان شناختی‌رفتاری باشد. شرکت‌کنندگان پژوهش از مراقبین بیماران بستری مبتلا به سرطان ریه بودند؛ بنابراین، آنان در مرحله‌ای نسبتاً حاد و پراسترس از بیماری قرار داشتند. در این شرایط، مشکلاتی مانند بی‌خوابی، نگرانی درباره وضعیت بیمار، اختلال در برنامه روزانه، ناتوانی در تصمیم‌گیری و کاهش فعالیت‌های شخصی برجستگی بیشتری دارند. درمان شناختی‌رفتاری مستقیماً برای مدیریت این مسائل راهکار ارائه می‌کند و درمان‌جو می‌تواند نتایج آن را در مدت کوتاهی مشاهده کند. در مقابل، برخی فنون طرحواره‌درمانی، مانند تصویرسازی تجربه‌های گذشته یا مواجهه با ذهنیت‌های آسیب‌پذیر، ممکن است در مراحل ابتدایی هیجان‌های منفی را موقتاً افزایش دهند. اگرچه این افزایش هیجانی بخشی از فرایند پردازش و تغییر عمیق است، مراقبین تحت فشار ممکن است در کوتاه‌مدت کاهش کمتری در نشانه‌های افسردگی تجربه کنند. از این رو، احتمال دارد درمان شناختی‌رفتاری برای مرحله حاد بستری و طرحواره‌درمانی برای دوره‌های طولانی‌تر مراقبت یا پس از کاهش بحران فوری مناسب‌تر باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با مطالعات مربوط به مداخلات موج سوم و رویکردهای تنظیم هیجان همسواست. هنگ و همکاران در مرور دامنه‌ای خود نشان دادند درمان‌های موج سوم شناختی‌رفتاری می‌توانند آشفتگی روان‌شناختی و فشار مراقبین بیماران مبتلا به سرطان را کاهش دهند (Hong et al., 2023). حسینی و همکاران نیز گزارش کردند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش آشفتگی روان‌شناختی و ترس از عود سرطان در مراقبین مؤثر است (Hosseini et al., 2025). صادقی و همکاران نشان دادند درمان متمرکز بر شفقت به خود

موجب کاهش افسردگی، بار مراقبتی و بی‌نظمی هیجانی در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر می‌شود (Sadeghi et al., 2024). همچنین، اسپینگلمایر و همکاران بر نقش ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در کمک به مراقبین برای مدیریت رفتارهای دشوار بیماران مبتلا به دمانس تأکید کرده‌اند (Spigelmyer et al., 2022). همسویی این نتایج با پژوهش حاضر نشان می‌دهد که افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، پذیرش هیجان‌ها، کاهش خودسرزنشگری و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان از سازوکارهای مشترک مداخلات مؤثر برای مراقبین هستند.

از سوی دیگر، وضعیت افسردگی مراقبین تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای و فردی متعددی قرار دارد. سکینتی و همکاران نشان دادند فشار مراقبتی و آشفتگی والدینی می‌تواند از طریق مسیرهای میانجی به افزایش افسردگی مراقبین منجر شوند (Seçinti et al., 2024). گشکه و همکاران نیز گزارش کردند تاب‌آوری می‌تواند رابطه میان بار مراقبتی، استرس و افسردگی را تعدیل کند (Geschke et al., 2024). یافته‌های لا و همکاران نشان داد معنویت نیز می‌تواند نقش محافظتی در ارتباط میان بار مراقبتی و افسردگی داشته باشد (La et al., 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهد اثربخشی درمان‌های پژوهش حاضر احتمالاً تنها حاصل کاهش افکار منفی یا طرحواره‌ها نبوده، بلکه افزایش احساس کنترل، امید، تاب‌آوری و توانایی معنا دادن به تجربه مراقبت نیز در آن نقش داشته است. هر دو مداخله به شرکت‌کنندگان فرصت دادند درباره تجربه خود صحبت کنند، از حمایت گروهی بهره‌مند شوند و دریابند که مشکلات آنان منحصر به خودشان نیست. همین تجربه مشترک می‌تواند احساس تنهایی را کاهش دهد و به بهبود خلق کمک کند.

تداوم اثربخشی مداخلات در مرحله پیگیری دوماهه نیز یافته مهم دیگری بود. این نتیجه نشان می‌دهد شرکت‌کنندگان توانسته‌اند بخشی از مهارت‌ها و آموخته‌های درمانی را پس از پایان جلسات در زندگی روزمره به کار بگیرند. در گروه درمان شناختی-رفتاری، استمرار استفاده از ثبت افکار، بازسازی شناختی، حل مسئله و فعال‌سازی رفتاری می‌تواند مانع بازگشت سریع الگوهای افسرده‌ساز شده باشد. در گروه طرحواره‌درمانی نیز آگاهی از ذهنیت‌های ناکارآمد و شناخت سبک‌های مقابله‌ای احتمالاً به شرکت‌کنندگان کمک کرده است واکنش‌های خود را در موقعیت‌های دشوار بهتر مدیریت کنند. چپو و شوم نشان داده‌اند که راهبردهای تنظیم هیجان مراقبین با کیفیت پاسخ‌های عاطفی و شایستگی هیجانی در روابط خانوادگی مرتبط است (Qiu & Shum, 2022). گاتری و همکاران نیز بر اهمیت نحوه مدیریت و اجتماعی‌سازی هیجان از سوی مراقبین در بافت سرطان تأکید کرده‌اند (Guthrie et al., 2025). بنابراین، تغییر در شیوه تنظیم هیجان ممکن است به حفظ نتایج درمانی و ایجاد تعاملات حمایتگرانه‌تر میان مراقب و بیمار کمک کرده باشد.

نتایج پژوهش حاضر از نظر کاربردی نیز اهمیت دارد؛ زیرا تجربه مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان ریه با چالش‌های پیچیده و چندلایه همراه است. شربافچی و همکاران نشان داده‌اند مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان با مشکلاتی مانند کمبود حمایت، ابهام اطلاعاتی، نگرانی از ابتلا یا وخامت بیماری، فشار اقتصادی و اختلال در نقش‌های خانوادگی مواجه‌اند (Sharbafchi et al., 2025). چین و همکاران نیز در بررسی تجربه همسران مراقب بیماران مبتلا به سرطان، به تغییر نقش‌های خانوادگی، تنهایی، فشار عاطفی و دشواری در بیان نیازها اشاره کرده‌اند (Chin et al., 2025). این شرایط نشان می‌دهد درمان افسردگی مراقبین نباید تنها به کاهش یک نشانه محدود شود، بلکه لازم است مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله، خودمراقبتی و تنظیم هیجان را نیز دربرگیرد. درمان شناختی-رفتاری به دلیل ماهیت عملی و کوتاه‌مدت خود می‌تواند در محیط بیمارستانی به راحتی اجرا شود، درحالی‌که طرحواره‌درمانی می‌تواند برای مراقبینی که الگوهای عمیق خودفداکاری، محرومیت هیجانی یا خودسرزنشگری دارند، به عنوان مداخله تکمیلی یا طولانی‌مدت مورد استفاده قرار گیرد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو رویکرد طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به طور معناداری افسردگی مراقبین خانوادگی بیماران بستری مبتلا به سرطان ریه را کاهش دهند، اما درمان شناختی-رفتاری در دوره مداخله و پیگیری دوماهه اثربخشی بیشتری داشت. این برتری را می‌توان به تمرکز مستقیم درمان شناختی-رفتاری بر افکار خودآیند منفی، رفتارهای اجتنابی، کاهش فعالیت و مشکلات جاری مراقبین، همراه با ساختار روشن و امکان استفاده فوری از مهارت‌ها نسبت داد. در مقابل، طرحواره‌درمانی نیز با هدف قرار دادن باورهای ریشه‌دار، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های ناکارآمد، کاهش معناداری در افسردگی ایجاد کرد، اما احتمالاً برای آشکارشدن کامل آثار آن به

جلسات بیشتر و پیگیری طولانی‌تری نیاز است. بنابراین، انتخاب رویکرد درمانی باید با توجه به شدت و فوریت نشانه‌ها، شرایط بیماری، منابع مراقب و عمق الگوهای شناختی و هیجانی او انجام شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرد. نمونه پژوهش به روش هدفمند و تنها از میان مراقبین یک بیمارستان در شهر تهران انتخاب شد؛ بنابراین، تعمیم یافته‌ها به مراقبین سایر بیمارستان‌ها، شهرها، گروه‌های فرهنگی و شرایط اجتماعی متفاوت باید با احتیاط انجام شود. تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش زن بودند و در نتیجه نمی‌توان با اطمینان نتایج را به مراقبین مرد تعمیم داد. استفاده از ابزار خودگزارشی ممکن است پاسخ‌ها را تحت تأثیر تمایل به ارائه تصویر مطلوب، خستگی یا وضعیت هیجانی لحظه‌ای قرار داده باشد. همچنین، متغیرهایی مانند مرحله سرطان، شدت علائم بیمار، مدت مراقبت، وضعیت اقتصادی خانواده، میزان حمایت اجتماعی، رابطه مراقب با بیمار و استفاده از سایر منابع حمایتی به‌طور کامل کنترل نشدند. دوره پیگیری نیز به دو ماه محدود بود و امکان ارزیابی پایداری بلندمدت اثرات، به‌ویژه آثار عمیق‌تر طرحواره‌درمانی، فراهم نشد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر شامل مراقبین زن و مرد، مراقبین شهرهای مختلف و افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی و خصوصی استفاده شود. انجام مطالعات چندمرکزی و استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی می‌تواند اعتبار بیرونی یافته‌ها را افزایش دهد. پیشنهاد می‌شود دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله در نظر گرفته شود تا پایداری و روند تغییر آثار دو درمان در بلندمدت بررسی گردد. همچنین، افزایش تعداد جلسات طرحواره‌درمانی می‌تواند امکان مقایسه منصفانه‌تر این رویکرد با درمان شناختی-رفتاری را فراهم سازد. بررسی نقش تعدیل‌کننده یا میانجی متغیرهایی مانند تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، معنویت، خستگی شفقت، تنظیم هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز می‌تواند سازوکارهای اثربخشی درمان را روشن‌تر کند. مقایسه این دو درمان با مداخلاتی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، ذهن‌آگاهی یا مداخلات ترکیبی نیز پیشنهاد می‌شود.

بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود در بیمارستان‌ها و مراکز تخصصی سرطان، سلامت روان مراقبین خانوادگی هم‌زمان با وضعیت بیمار به‌صورت منظم ارزیابی شود و خدمات روان‌شناختی بخشی از برنامه مراقبت جامع سرطان قرار گیرد. اجرای گروه‌های کوتاه‌مدت درمان شناختی-رفتاری می‌تواند برای مراقبینی که با افسردگی، درماندگی و مشکلات فوری سازگاری مواجه‌اند در اولویت قرار گیرد. برای مراقبینی که الگوهای پایدار خودفداکاری، خودسرزنشگری، محرومیت هیجانی یا معیارهای سخت‌گیرانه دارند، ارائه طرحواره‌درمانی به‌صورت تکمیلی یا بلندمدت سودمند خواهد بود. آموزش مهارت‌های حل مسئله، تنظیم هیجان، درخواست کمک، برقراری مرزهای سالم و خودمراقبتی باید در برنامه‌های حمایتی گنجانده شود. همچنین، توصیه می‌شود جلسات آموزشی برای اعضای خانواده برگزار شود تا مسئولیت مراقبت میان چند نفر توزیع شود و فشار روانی و جسمانی مراقب اصلی کاهش یابد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

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

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

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

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Lung cancer is a life-threatening condition whose consequences extend beyond the patient's physical health and substantially affect the psychological, social, occupational, and economic functioning of the family. Hospitalization, complex treatment regimens, uncertainty regarding prognosis, recurrent symptoms, and fear of deterioration frequently place family members in a prolonged state of vigilance. Family caregivers often assume responsibility for symptom monitoring, treatment follow-up, emotional support, communication with healthcare professionals, and assistance with daily activities, despite having limited formal training for these demanding tasks. The caregiving role may therefore disrupt employment, family relationships, leisure activities, sleep patterns, and personal health. Qualitative evidence indicates that caregivers of patients with cancer commonly experience uncertainty, role overload, inadequate professional support, emotional isolation, and difficulty balancing caregiving duties with their own needs (Chin et al., 2025; Sharbafchi et al., 2025). The accumulation of caregiving demands can result in caregiver burden, a multidimensional condition involving physical exhaustion, emotional strain, financial pressure, social restriction, and reduced personal autonomy. When the demands of caregiving exceed available psychological and interpersonal resources, caregivers may experience diminished competence, helplessness, compassion fatigue, and loss of meaning. Evidence from caregivers of individuals with chronic illnesses and dementia suggests that caregiving satisfaction and perceived competence are closely associated with emotional processing, coping patterns, and the ability to adapt to prolonged stress (Khosravi et al., 2021; Ramezani et al., 2023). These findings are particularly relevant to caregivers of hospitalized patients with lung cancer, who must cope not only with chronic responsibility but also with acute changes in the patient's physical condition.

Depression is one of the most frequent psychological outcomes of sustained caregiving. It may manifest as persistent sadness, hopelessness, guilt, fatigue, impaired concentration, sleep disturbance, loss of pleasure, and withdrawal from social activities. Caregivers may feel obligated to remain strong while simultaneously experiencing fear, grief, anger, and uncertainty. The conflict between perceived responsibility and limited control over the disease may reinforce self-blame and learned helplessness. Research has demonstrated that caregiver burden, parental distress, and chronic stress can contribute directly and indirectly to depressive symptoms, whereas resilience, spirituality, and social resources may reduce their severity (Geschke et al., 2024; La et al., 2024; Seçinti et al., 2024).

Caregiver depression can also affect the quality of care delivered to the patient. Depressed caregivers may have less energy for treatment coordination, symptom management, communication, and emotionally responsive support. Their emotional state may influence the broader family climate and affect the patient's adjustment to illness. Studies conducted in pediatric cancer and family emotional contexts have emphasized that caregiver emotion regulation and emotion socialization are associated with patient adjustment and family functioning (Guthrie et al., 2025; Qiu & Shum, 2022). Accordingly, psychological intervention for caregivers may have benefits that extend beyond symptom reduction in the caregiver and contribute to more adaptive interactions within the family.

Despite these risks, healthcare services frequently prioritize the patient's medical condition while the psychological needs of caregivers remain underrecognized. Caregivers may normalize their depressive symptoms, interpret self-care as selfishness, or avoid seeking help because of time limitations and financial pressures. Structured psychological interventions that are practical, accessible, and responsive to caregiving conditions are therefore necessary. Previous research has shown that psychological treatments can improve quality of life, general health, coping strategies, and emotional adaptation among caregivers of patients with chronic illnesses (Bani Hashemi et al., 2020; Hosseini et al., 2025).

Cognitive behavioral therapy is one of the most established approaches for depression. It is based on the assumption that emotional and behavioral responses are influenced by interpretations of events. In caregivers of patients with cancer, thoughts such as "I am failing the patient," "nothing can improve," or "I must control every outcome" may intensify hopelessness and guilt. Cognitive behavioral therapy addresses these processes through the identification of automatic thoughts, cognitive restructuring, behavioral activation, problem-solving training, assertiveness, and the development of more adaptive self-statements. Research has indicated that cognitive behavioral therapy can reduce perceived stress in family caregivers and increase their sense of control over difficult caregiving situations (Van Duine, 2024). Its structured, time-limited, and skill-based nature may be particularly appropriate for caregivers in hospital settings.

Cognitive behavioral interventions may also improve the manner in which caregivers respond to distress within family relationships. Studies of trauma-focused cognitive behavioral therapy have highlighted the importance of caregiver participation, caregiver behaviors, and emotionally regulated responses during therapeutic processing (Brown et al., 2020; Canale et al., 2022). These findings suggest that cognitive behavioral techniques may influence not only the caregiver's internal symptoms but also communication, behavioral responses, and emotional support provided to the patient.

However, some caregivers may experience distress that is rooted in more enduring cognitive and emotional patterns. Long-standing beliefs concerning self-sacrifice, unrelenting standards, emotional deprivation, defectiveness, abandonment, or excessive responsibility may become activated under the pressure of caregiving. Early maladaptive schemas are pervasive patterns developed through interactions between temperament and early experiences, and they may intensify psychological vulnerability in stressful circumstances (Shayeghian et al., 2011). Schema therapy was developed to address these deeper structures by integrating cognitive, behavioral, experiential, attachment-based, and Gestalt techniques.

Schema therapy aims to identify and modify maladaptive schemas, coping styles, and schema modes. Through empathic confrontation, limited reparenting, imagery rescripting, chair work, and strengthening of the healthy adult mode, caregivers may learn to distinguish healthy responsibility from harmful self-neglect. Schema therapy also emphasizes the development of positive schemas such as competence, connection, autonomy, trust, and realistic hope (Videler et al., 2020). This may be particularly relevant for caregivers whose depressive symptoms are reinforced by entrenched self-criticism or compulsive self-sacrifice.

Research has shown that schema therapy can improve emotional regulation under chronic caregiving stress and reduce compassion fatigue in family caregivers (Khosravi et al., 2021; Tan et al., 2021). It has also been

associated with improved caregiving satisfaction and perceived competence in caregivers of patients with dementia (Ramezani et al., 2023). These findings indicate that schema-focused work may reduce depressive symptoms by addressing both current emotional difficulties and deeper patterns that shape caregiving responses.

Evidence from third-wave cognitive behavioral therapies similarly highlights the importance of acceptance, mindfulness, self-compassion, and emotional flexibility. Reviews of interventions for caregivers of patients with cancer have reported reductions in psychological distress, anxiety, depression, and caregiver burden (Hong et al., 2023). Acceptance and commitment therapy has also been found to reduce psychological distress and fear of cancer recurrence among caregivers (Hosseini et al., 2025). Self-compassion-focused and mindfulness-based interventions have produced favorable effects on depression, emotional dysregulation, and caregiving strain (Sadeghi et al., 2024; Spigelmyer et al., 2022). Collectively, these studies suggest that effective caregiver interventions should address maladaptive thinking, behavioral withdrawal, emotional avoidance, and self-critical patterns.

Although cognitive behavioral therapy and schema therapy share certain techniques, they differ in therapeutic depth and focus. Cognitive behavioral therapy primarily targets current cognitions, behaviors, and coping skills, whereas schema therapy addresses longstanding patterns, unmet emotional needs, and dysfunctional modes. Cognitive behavioral therapy may therefore produce faster symptom reduction in acute settings, while schema therapy may generate broader or more durable changes when sufficient treatment time is available. Direct comparisons of these approaches among family caregivers of hospitalized patients with lung cancer remain limited. The present study therefore aimed to compare the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy in reducing depression among family caregivers of hospitalized patients with lung cancer.

Methods and Materials

The study used a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population consisted of family caregivers of patients with lung cancer hospitalized at Shohada Hospital in Tehran during 2024. Eligible participants were identified after administrative coordination with the hospital and an initial screening interview. Purposive sampling was used to recruit caregivers who met the study criteria. Initially, 51 individuals were randomly assigned to three groups of 17 participants. Following attrition, 48 participants completed the study, including 16 in the schema therapy group, 16 in the cognitive behavioral therapy group, and 16 in the control group.

Eligibility criteria included being the primary family caregiver of a patient with lung cancer, being a first-degree relative of the patient, having basic literacy, having provided care after at least six months had passed since the patient's diagnosis, holding at least a high school diploma, being between 20 and 50 years of age, not using psychiatric medication, reporting no current psychiatric disorder, not participating in another psychotherapy program, and having sufficient physical and psychological readiness to complete the assessments. Exclusion criteria included absence from more than two intervention sessions, withdrawal of consent, participation in another counseling or psychotherapy program, initiation of psychiatric medication, or failure to complete the assessments.

Depression was assessed using the Beck Depression Inventory-II. The instrument contains 21 items scored from 0 to 3, producing a total score ranging from 0 to 63, with higher scores indicating greater depressive severity. Participants completed the instrument at pretest, immediately after the interventions, and 60 days later during follow-up.

The schema therapy intervention consisted of eight group sessions. Sessions included orientation to schema concepts, identification of early maladaptive schemas, examination of avoidance and overcompensation, empathic confrontation, limited reparenting, evaluation of schema-related evidence, imagery and letter-writing

exercises, identification of punitive and demanding parent modes, strengthening of the healthy adult mode, and relapse-prevention planning.

The cognitive behavioral therapy intervention also consisted of eight group sessions. It included psychoeducation concerning the relationship among thoughts, emotions, and behaviors; use of the ABC model; identification of automatic thoughts and cognitive distortions; Socratic questioning; cognitive restructuring; self-monitoring; assertiveness; communication skills; behavioral activation; problem solving; identification of core beliefs; and preparation of a maintenance plan. The control group received no structured psychological intervention during the study period.

Ethical principles included informed consent, voluntary participation, confidentiality, the right to withdraw without penalty, protection of personal information, and provision of explanations when participants encountered difficulties. Data were analyzed using SPSS version 26. Descriptive statistics included means and standard deviations. Inferential analysis was conducted using mixed analysis of variance, with time as the within-subject factor and group as the between-subject factor. Assumptions of normality, homogeneity of variances, equality of covariance matrices, and sphericity were examined. Because the assumption of sphericity was violated, the Greenhouse–Geisser correction was applied. Bonferroni post hoc comparisons were used to examine pairwise group differences. Statistical significance was set at 0.05.

Findings

The final sample included 48 female caregivers, with 16 participants in each group. The groups were comparable in mean age. Descriptive findings indicated that depression scores changed minimally across the three measurements in the control group, whereas substantial reductions were observed from pretest to posttest in both intervention groups. These reductions were maintained at the two-month follow-up.

The assumptions required for mixed analysis of variance were adequately satisfied, with the exception of sphericity. The normality tests were nonsignificant, indicating no substantial departure from normal distribution. Levene's tests were nonsignificant across the measurement occasions, supporting homogeneity of variances. Box's M test was also nonsignificant, indicating equality of covariance matrices. Because Mauchly's test showed that the sphericity assumption had not been met, the Greenhouse–Geisser correction was used.

The mixed analysis of variance demonstrated a statistically significant effect of time on depression scores. A significant group effect was also found, indicating that overall depression levels differed among the schema therapy, cognitive behavioral therapy, and control groups. Most importantly, the time-by-group interaction was statistically significant, showing that the pattern of change in depression differed across the three groups. Bonferroni pairwise comparisons indicated that both schema therapy and cognitive behavioral therapy produced significantly greater reductions in depression than the control condition at posttest and follow-up. The comparison between the two active treatments was also statistically significant. Participants who received cognitive behavioral therapy demonstrated a greater decline in depressive symptoms than those who received schema therapy. This difference remained significant at the two-month follow-up. Thus, both interventions were effective, but cognitive behavioral therapy showed superior short-term and follow-up effectiveness.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that both schema therapy and cognitive behavioral therapy reduced depression among family caregivers of hospitalized patients with lung cancer. The maintenance of improvement at follow-up indicates that participants were able to continue using therapeutic skills after the structured sessions had ended. The absence of comparable improvement in the control group supports the interpretation that the observed reductions were associated with the interventions rather than the passage of time alone.

The effectiveness of cognitive behavioral therapy can be explained by its direct focus on processes that maintain depression. Caregivers frequently experience catastrophic predictions, excessive responsibility, guilt,

helplessness, and behavioral withdrawal. Through cognitive restructuring, participants learned to evaluate negative interpretations more realistically. Behavioral activation encouraged reengagement with meaningful and pleasurable activities, while problem-solving reduced the perception that caregiving difficulties were uncontrollable. Assertiveness and communication training may also have helped caregivers request support and distribute responsibilities more effectively.

The greater effectiveness of cognitive behavioral therapy may reflect the acute and practical needs of caregivers in a hospital context. These individuals often require immediately applicable strategies for managing stress, sleep disruption, negative thinking, and daily decision-making. Cognitive behavioral therapy provides explicit and structured skills that can be used from the initial sessions. Its homework-based format may have further strengthened the transfer of therapeutic learning to real caregiving situations.

Schema therapy was also effective because caregiving stress can activate deep patterns of self-sacrifice, perfectionism, emotional deprivation, and self-criticism. Identification of these schemas may have helped participants recognize that excessive caregiving demands and neglect of personal needs were not inevitable. Experiential techniques and work with schema modes may have reduced punitive self-evaluation and increased healthier forms of self-protection and emotional expression.

Nevertheless, schema therapy produced less change than cognitive behavioral therapy. One explanation is that eight sessions may not have been sufficient for comprehensive modification of longstanding schemas. Schema therapy often requires more time for the development of a corrective therapeutic relationship, emotional processing, and consolidation of the healthy adult mode. Some experiential techniques may initially increase emotional awareness and distress before producing deeper improvement. Therefore, the lower short-term effect should not necessarily be interpreted as evidence of limited therapeutic value.

The persistence of improvement at follow-up is clinically meaningful. In the cognitive behavioral therapy group, continued use of thought records, behavioral activation, and problem-solving may have protected participants against relapse. In the schema therapy group, increased awareness of dysfunctional modes and coping responses may have allowed caregivers to respond more adaptively when confronted with new caregiving stressors.

The study suggests that psychological treatment should be integrated into comprehensive oncology services. Cognitive behavioral therapy may be particularly suitable as a brief first-line intervention for caregivers experiencing acute depressive symptoms. Schema therapy may be considered when caregivers demonstrate entrenched self-sacrifice, chronic self-criticism, emotional deprivation, or recurring maladaptive relationship patterns. A stepped-care model in which cognitive behavioral strategies are initially offered and schema-focused work is added when deeper patterns remain unresolved may be especially useful.

In conclusion, schema therapy and cognitive behavioral therapy were both effective in reducing depression among family caregivers of hospitalized patients with lung cancer, but cognitive behavioral therapy produced greater improvement at posttest and at the two-month follow-up. The findings support the use of structured psychological interventions for caregivers and emphasize the importance of selecting treatment approaches according to the immediacy of symptoms, the caregiving context, and the depth of underlying cognitive and emotional patterns.

References

Bani Hashemi, S., Hatami, M., Hasani, J., & sahebi, a. (2020). Comparing Effectiveness of the Cognitive-behavioral Therapy, Reality Therapy, and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life, General Health, and

- Coping Strategies of Chronic Patient's Caregivers. *Journal of Clinical Psychology*, 12(1), 63-76. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18992.1757>
- Brown, E. J., Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2020). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy: The role of caregivers. *Journal of affective disorders*, 277, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.123>
- Canale, C. A., Hayes, A. M., Yasinski, C., Grasso, D. J., Webb, C., & Deblinger, E. (2022). Caregiver Behaviors and Child Distress in Trauma Narration and Processing Sessions of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). *Behavior therapy*, 53(1), 64-79.
- Chin, J. C., Chen, Y., & Yang, P. S. (2025). The Caregiving Experiences of Male Spouses of Women Diagnosed With Breast Cancer: A Qualitative Study. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04163-w>
- Geschke, K., Steinmetz, A., Fellgiebel, A., & Wuttke-Linnemann, A. (2024). The Influence of Resilience on Caregiver Burden, Depression, and Stress in the Course of the COVID-19 Lockdowns. *Sage Open*, 14(2). <https://doi.org/10.1177/21582440241249273>
- Guthrie, C. S., Boparai, S., Friedman, D. L., Compas, B. E., & Katz, L. F. (2025). Caregiver Emotion Socialization and Child Adjustment in Context of Pediatric Cancer. *Journal of Family Psychology*, 39(4), 491-502. <https://doi.org/10.1037/fam0001323>
- Hong, B., Yang, S., Hyeon, S., Kim, S., & Lee, J. (2023). Third-Wave Cognitive Behavioral Therapies for Caregivers of Cancer Patients: A Scoping Review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04186-3>
- Hosseini, F. A., Choobforoushadeh, A., Mortazavizadeh, S. M., & Rezapour Mirsaleh, Y. (2025). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Fear of Cancer Recurrence in Caregivers of Cancer Patients. *Journal of Psychological Studies*, 21(4), 115-130. <https://doi.org/10.22051/psy.2025.51731.3176>
- Khosravi, Z. T., Navabi Nejad, S., & Pirani, Z. (2021). Comparing the Effectiveness of Schema-Based Training and Acceptance and Commitment-Based Training on Compassion Fatigue in Mothers Who Are Family Caregivers. *Scientific Journal of Social Psychology*, 9(60), 45-58.
- La, I. S., Johantgen, M., Storr, C. L., Zhu, S., Cagle, J. G., & Ross, A. (2024). Spirituality moderates the relationship between cancer caregiver burden and depression. *Palliative & Supportive Care*, 22(3), 470-481. <https://doi.org/10.1017/S1478951523001785>
- Qiu, C., & Shum, K. K.-m. (2022). Relations between caregivers' emotion regulation strategies, parenting styles, and preschoolers' emotional competence in Chinese parenting and grandparenting. *Early Childhood Research Quarterly*, 59, 121-133. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2021.11.012>
- Ramezani, N., Sajjadian, I., Manshaee, G. R., & Barekatain, M. (2023). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness and Schema Therapy with Emotion Efficacy Therapy (EET) on Compassion Satisfaction and Sense of Competence in Caregiving Patients with Dementia. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 11(2), 99-111. <https://www.magiran.com/paper/2597919>
- Sadeghi, A., Jahangiri, M., & Taghvaei, D. (2024). The effectiveness of self-compassion-focused therapy on depression, caregiver burden, and emotional dysregulation in caregivers of elderly patients with Alzheimer's disease. *Journal of Research in Psychological Health*, 18(2), 1-20. <https://system.khu.ac.ir/rph/article-1-4524-fa.pdf>
- Seçinti, D. D., Diş, D., Albayrak, Z. S., & Şen, E. (2024). Depression and Parental Distress Among Caregivers of Autistic Children: A Serial Mediator Analysis in Caregivers of Autistic Children. *BMC psychology*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01704-x>
- Sharbafchi, M. R., Mousavi, S. M., Sheikhan, G., Keyvanara, M., & Ani, S. (2025). Caring Challenges of Family Caregivers of Cancer Patients in the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 30(2), 175-181. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_125_23
- Shayeghian, Z., Aguilar-Vafaie, M. E., & Rasoolzadeh Tabatabae, K. (2011). Core maladaptive schemas and parental bonding among female adolescent with normal weight, overweight and anorexia symptoms [Original]. *Pajoohande*, 16(1), 30-38. <http://pajoohande.sbm.ac.ir/article-1-1080-en.html>
- Spigelmyer, P. C., Kalarchian, M. A., Lutz, C., & Brar, P. S. (2022). Mindfulness Self-Compassion: Helping Family Caregivers Cope With Cognitive Behaviors of Dementia. *Journal of Holistic Nursing*, 41(2), 118-129. <https://doi.org/10.1177/08980101221123730>
- Tan, Y., Chen, J., Lin, X., & Zhang, Y. (2021). Schema therapy improves emotional regulation in caregivers under chronic stress. *Journal of affective disorders*, 295, 456-464.
- Van Duine, K. N. (2024). The Effects of Cognitive Behavioral Therapy on the Perceived Stress of Family Dementia Caregivers. <https://keep.lib.asu.edu/items/191894>
- Videler, A. C., van Royen, R. J. J., Legra, M. J. H., & Ouwens, M. A. (2020). Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(4), 481-491. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000077>