



## Comparing efficacy of schema therapy & emotion-oriented therapy on adherence to treatment in patients with MS

Azita Mohaghegh<sup>1</sup>, Biuok Tajeri<sup>2</sup>, Hadi Keramati<sup>3</sup>

1. Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates. E-mail: [azitaa.mohaghegh@uae.ac.ir](mailto:azitaa.mohaghegh@uae.ac.ir)

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: [Biuk.tajeri@kiaau.ac.ir](mailto:Biuk.tajeri@kiaau.ac.ir)

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. E-mail: [keramati.H@iums.ac.ir](mailto:keramati.H@iums.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article history:**  
Received 18 June 2024  
Received in revised form  
16 July 2024  
Accepted 21 August 2024  
Published Online 21  
March 2025

**Keywords:**  
adherence to treatment,  
schema therapy,  
emotion-oriented  
therapy,  
patients with MS

### ABSTRACT

**Background:** Low treatment adherence in patients with MS leads to poor treatment outcomes and higher care costs. Studies have reported on the effect of schema therapy to improvement adherence to treatment, also, emotion-oriented therapy by empowering effect on this. However, compares the effect these in patients with MS has been overlooked.

**Aims:** the aim of this study is to compare the efficacy of schema therapy & emotion-oriented therapy on adherence to treatment in patients with MS.

**Methods:** Research method was quasi-experimental with pre-test, post-test, three-month follow-up with control group. The statistical population consist of all patients suffering from MS who in the second half of 2020 referred to the Iranian MS Association to receive services in Tehran. Sampling method was Purposful. 60 available patients selected (twenty in each experimental group) and replaced randomly in experimental groups. twenty other patients placed in control group and did not receive any training. The adherence to treatment Inventory (seyd fatemi et al., 2018) was administered pre-test, post-test and follow-up. Packages were schema therapy package (Young et al, 2016) and emotion-oriented therapy package (Gilbert & Goldman, 2019). Both applied on experimental groups (sixty minutes each session) weekly and the control group did not receive any therapy. The data analyzed by mixed analysis variance and SPSS.

**Results:** Results showed that both of schema therapy & emotion-oriented therapy were affected the same on increasing to adherence to treatment ( $p < 0.001$ ). Three-month follow-up confirmed these results. Use to schema therapy & emotion-oriented therapy (especially schema therapy) can to increase to adherence to treatment in patients with MS.

**Conclusion:** With the two methods of schema therapy and emotion-oriented therapy, it is possible to improve treatment compliance in MS patients. The mentioned findings can help therapists in choosing the type of treatment in these patients.

**Citation:** Mohaghegh, A., Tajeri, B., & Keramati, H. (2025). Comparing efficacy of schema therapy & emotion-oriented therapy on adherence to treatment in patients with MS. *Journal of Psychological Science*, 24(145), 81-95. [10.52547/JPS.24.145.81](https://doi.org/10.52547/JPS.24.145.81)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 24, No. 145, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.145.81](https://doi.org/10.52547/JPS.24.145.81)



✉ **Corresponding Author:** Biuok Tajeri, Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

E-mail: [Biuk.tajeri@kiaau.ac.ir](mailto:Biuk.tajeri@kiaau.ac.ir), Tel: (+98) 9123476926

## Extended Abstract

### Introduction

Multiple sclerosis, abbreviated as MS, is an autoimmune disease and one of the most common neurological disorders that is caused by the destruction of the myelin sheath around the neurons of the central nervous system (including the brain and spinal cord). Currently, there are approximately 500,000 patients with MS in the United States (Jalviari et al., 2023). The physical and psychological consequences of MS significantly affect the daily life of patients and lead to a lower quality of life in these patients (Alhazani et al., 2023). One of the common problems in these patients is low treatment compliance, which means not complying with the behaviors recommended by health professionals and has always been discussed in the relationship between the disease and therapists and specialists (Castello et al., 2023).

Increasing the awareness of MS patients about the importance of following the treatment and complying with the behaviors recommended by health professionals can improve their health status. According to the conducted research, adherence to treatment is a complex behavioral process and is affected by various factors. The biological-psychological-social model can be used to interpret this process (Jalviari et al., 2022). Non-adherence to treatment can cause the recurrence of the disease, the need for urgent treatments, the hospitalization of the person, and an increase in financial costs for the health system (Amin & Hersh, 2023). In this regard, schema therapy, by using cognitive, experiential, behavioral and interpersonal strategies, has helped patients to overcome initial maladaptive schemas and its ultimate goal is to improve maladaptive schemas and coping styles. patients (Yang et al., 2016). A schema therapy approach that targets primary maladaptive schemas leads to a reduction in the level of perfectionism, and by addressing the primary underlying problems, emotion regulation skills are also improved. It has different groups of patients (Caro Francis, 2022, Hakkamabadi et al., 2019).

Also, Greenberg's emotion-oriented therapy (2014) is defined as the act of therapy with the awareness of

understanding the role of emotion in therapeutic change. Emotion-orientation moves towards the promotion of strategies of awareness, acceptance, expression and regulation of emotions and corrective emotional experiences, and its purpose is to strengthen oneself, regulate emotions and create new meaning in clients (Arinnejad Shirin et al., 2023). Considering that cognitive and emotional dimensions are emphasized in schema therapy and emotional dimension of therapy is emphasized in emotional therapy. Also, due to the lack of studies comparing the effectiveness of schema therapy and emotion-oriented therapy in patients with MS, the problem of this research was whether the effectiveness of schema therapy and emotion-oriented therapy on patients' adherence to treatment. MS is different and which method was more effective?

### Method

The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test and a control group design with a three-month follow-up. The statistical population of this research included all MS patients who referred to Iran MS Association in the second half of 2022 to receive services. The research sample was purposful and included 60 people (20 people for each group). The test of adherence to treatment of chronic patients (Syed Fatemi et al., 2017) is a 40-question self-report tool whose questions are scored on a five-point Likert scale. This questionnaire measures compliance with treatment in seven dimensions: interest in treatment (including 9 questions; items No. 1 to 9), willingness to participate in treatment (including 7 questions; items No. 10 to 16), ability to adapt (including 7 questions; items 17 to 23), integration of treatment with life (including 5 questions; items 24 to 28), adherence to treatment (including 4 questions; items 29 to 32), commitment to treatment (including 5 questions; items No. 33 to 37) and doubt in the implementation of treatment (including 3 questions; items No. 38 to 40) evaluates. Examining the psychometric properties of the treatment adherence questionnaire has shown that this questionnaire has internal consistency (Cronbach's alpha coefficient and intraclass correlation of the total score of this questionnaire was equal to 0.92) and high content validity in the Iranian adult patient population. It has

chronic symptoms and can evaluate the adherence to treatment well (Syd Fatemi et al., 2017). Cronbach's alpha of the questionnaire in this research was equal to 0.782.

schema therapy protocol; This protocol consisted of 12 weekly 60-minute group sessions, which was developed by Young and Brown (2016). Some of the main components of this treatment include evaluating schemas and formulating patients' problems, using cognitive techniques to challenge initial incompatible schemas, using experimental techniques and breaking behavioral patterns, and working on coping styles. It was ineffective for patients.

emotional therapy protocol; This treatment during 8 sessions (weekly sessions of 60 minutes) in a group using the protocol It was carried out according to the

treatment program of Greenberg et al. (2018) and includes components such as discovering the patient's emotional processing style, discovering and identifying emotions, working on obstacles to accessing emotions, tracing and identifying topics and object images of the current problem, coaching References were new while representing objects and reaching experiential insight and evaluating the role of new meanings in creating a new self.

In order to analyze the data and to compare the results of the three experimental and control groups while respecting the presuppositions of the research, analysis of variance with repeated measurements and Bonferroni test and version 26 of spss software were used.

**Table 1. The results of mixed analysis of variance to investigate the effect of group and time on adherence to treatment**

| Changes Between subjects | SS       | Df | MS      | F     | Significance | Eta  | power |
|--------------------------|----------|----|---------|-------|--------------|------|-------|
| Group                    | 9891.32  | 2  | 4862.92 | 31.62 | 0.001        | 0.52 | 0.71  |
| Error                    | 27319.11 | 57 | 7929.56 |       |              |      |       |
| Within-subject           |          |    |         |       |              |      |       |
| Time                     | 7381.05  | 2  | 4281.02 | 42.37 | 0.001        | 0.48 | 0.72  |
| Time and group           | 22381.44 | 4  | 5729.64 | 28.11 | 0.001        | 0.36 | 0.71  |
| Error                    | 6103.73  | 54 | 81.49   |       |              |      |       |

**Table 2. Bonferroni test to investigate the interaction between the group and the time on adherence to treatment**

| variable                 | group                    | difference of means | standard error | significance | lower limit | upper limit |
|--------------------------|--------------------------|---------------------|----------------|--------------|-------------|-------------|
| Schema Therapy           | Emotion-oriented Therapy | 3.26                | 3.01           | 0.001        | 6           | 13          |
|                          | control                  | 12.35               | 2.45           | 0.001        | 2           | 22          |
| Emotion-oriented Therapy | control                  | 9.27                | 3.76           | 0.001        | 3-          | 18          |

## Results

The Shapiro–Wilk test results confirmed the normality of group data. According to Levene's test, the variances of the three groups were equal and homogenous, and the homogeneity assumption of variances for this variable was fulfilled. Also, the homogeneity assumption of the regression slopes was confirmed. So, since the assumptions were not questioned, the researcher was allowed to use variance analysis.

In order to investigate the effect of group factor and time factor on treatment compliance scores, mixed analysis of variance test was implemented. According to the findings of the above table, the two intervention methods of schema therapy and emotion-oriented therapy are significant on the treatment compliance

scores in the post-test ( $F = 31.62$ , (57 and 2)  $P < 0.001$ ). Also, the effect of time factor on treatment adherence scores was significant in the follow-up phase ( $F = 42.37$ , (44 and 2),  $P < 0.001$ ). Therefore, it can be concluded that there is a difference between the treatment adherence scores in the three stages of pre-test, post-test and follow-up regardless of the group. Also, the interaction effect between group and time was significant ( $F=28.44$ ,  $P<0.001$ ). Therefore, it can be concluded that the effect of the group was different according to the measurement time levels. Also, considering the eta square of 0.52, it can be concluded that the experimental intervention led to changes in the experimental group, and 0.52 of the total changes were caused by the experimental procedure. So, the treatment has an effect on the

adherence to the treatment. Also, the difference between the averages of both experimental groups is negative and significant compared to the control group, so regarding the hypotheses related to the effectiveness of these two treatments, in increasing the adherence to treatment of patients with MS, the null hypothesis is rejected and the researcher's hypothesis is confirmed. It means that both experimental approaches (schema therapy and emotion-oriented therapy) have been able to be effective in increasing treatment compliance of patients with MS. In comparing the effectiveness of the two experimental groups to each other, the difference in the averages is significant at the 99% confidence level, so the hypothesis of the difference in the effectiveness of the two intervention methods to each other was also confirmed. Next, in order to investigate the interaction between the group and the measurement time on the increase in treatment adherence scores of patients with MS, by keeping the time factor constant, the average treatment adherence of the groups in each of the measurement stages using the test Bonferroni's follow-up was compared. The data showed that there is a statistically significant difference between the averages of the two experimental groups and the control group as a result of the intervention. Therefore, it can be concluded that the group that received schema therapy and emotion-oriented therapy showed a significant increase in the amount of adherence to treatment compared to the group that did not receive therapy. So, the research hypothesis was confirmed. Considering the positive average differences and the fact that the average of the schema therapy group was higher than the emotion-oriented therapy group, therefore, among the schema therapy and emotion-oriented therapy methods, the schema therapy method was more effective in increasing the adherence to treatment of patients with MS.

### **Conclusion**

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of schema therapy and emotion-oriented therapy on adherence to treatment in patients with MS, and the results showed that both schema therapy and emotion-oriented therapy are effective in following the treatment of patients with

MS. and schema therapy was more effective in this case. The findings of this research with the results reported in previous researches, including; Qasimpour et al. (2022), Bisli and Agar (2022), Mobsher et al. (2021), Hakemabadi et al. In explaining the effectiveness of schema therapy, it should be said that poor cooperation in treatment is considered a danger for both patients and health care systems, because from a clinical point of view, non-compliance with treatment To reduce the beneficial effects of treatment, signs, symptoms, increase in symptoms and increase in the rate of hospitalization and even death, so that having a wrong perception of the disease can lead to less compliance. In this regard, Hakamabadi et al. (2019) in examining the effectiveness of schema therapy on compliance with treatment showed that schema therapy had an effect on changing the initial maladaptive schemas of patients and reduced their negative emotions. Also, this study shows the ability of schema therapy to break behavioral patterns and this strategy helps clients to plan and implement behavioral tasks to replace compatible behavioral patterns instead of incompatible and ineffective coping responses. slow and as a result leads to compliance with the treatment. Also, Mobasher et al. (2021) showed that emotional therapy improves self-care and treatment compliance in women with cardiovascular disease. In explaining this finding, it can be said that emotion-oriented therapy by identifying negative automatic thoughts and showing people how thoughts affect the creation and actions of people and challenging thoughts and beliefs in People identify these negative thoughts and ideas in people and correct negative thoughts and ideas, reduce negative emotions, and learn adaptive coping strategies in people. Therefore, people affected by the techniques of this treatment gain the ability to identify negative and irrational automatic thoughts and emotions associated with these negative thoughts, as well as evidence to confirm and reject them more clearly, and to more awareness. achieve, so these people show more positive behaviors. Subsequently, these people may follow the treatment orders prescribed by their doctor and act according to their doctor's orders to cure their disease.

Among the limitations of the present study, we can mention the special conditions of the corona outbreak and the possible stress of the participants while receiving the intervention. Also, the wearing of masks by the participants may have caused tension and restlessness for some of them and generally reduced the size of the intervention effect. Considering the confirmation of the effectiveness of both treatment protocols, especially schema therapy in this research, it is suggested that these two protocols be used by specialists and therapists to improve the treatment compliance of patients with MS.

### **Ethical Considerations**

**Compliance with ethical guidelines:** Code of ethics: IR.IAU.SRB.REC.1401.033. The participants participated in this research after the initial interviews with the participants and filling the informed consent form. At the end, a gift was presented to both the experimental group and the control group as a token of gratitude. Also, the permission to conduct the research was obtained from the patients and the researcher does not imagine any risk for the participants.

**Funding:** This research was done at the personal expense of the authors.

**Authors' contribution:** The first author was the main researcher and follower of this research, and the second author was responsible for the guidance and direction of the research, and the rest of the colleagues (the third and fourth authors) also cooperated in the training and implementation of the protocols.

**Conflict of interest:** The authors acknowledge no conflict of interest in this article. This article is an extract from a specialized doctorate thesis.

**Acknowledgments:** We sincerely thank and appreciate the efforts and cooperation of the staff of the MS Association and the Savalan Counseling Center, who played the role of facilitator and coordinator for the implementation of this research.





## مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر پیروی از درمان در بیماران مبتلا به ام اس

آزینا محقق<sup>۱</sup>، بیوک تاجری<sup>۲</sup>، هادی کرامتی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۴/۲۶

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۳۱

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۱/۰۱

#### کلیدواژه‌ها:

پیروی از درمان،

طرحواره درمانی،

درمان هیجان مدار،

بیماران مبتلا به ام اس

**زمینه:** پیروی از درمان پایین در بیماران مبتلا به ام اس، پیامدهای درمانی ضعیف و هزینه‌های مراقبتی بیشتر را در پی دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هر دو شیوه طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر پیروی از درمان موثر است، اما در زمینه کاربرد این درمان‌ها و مقایسه آن‌ها در پیروی از درمان در جامعه مورد پژوهش، شکاف پژوهشی وجود دارد.

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر پیروی از درمان در بیماران مبتلا به ام اس انجام شد. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به ام اس بود که در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ جهت دریافت خدمات به انجمن ام اس ایران در شهر تهران مراجعه کردند. روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند و شامل ۶۰ نفر (شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) بود. ابزارهای پژوهش شامل؛ آزمون پیروی از درمان در بیماری‌های مزمن (سیدفاطمی و همکاران، ۱۳۹۷)، خلاصه جلسات طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶) و خلاصه جلسات درمان درمان هیجان مدار (گریترگ و گلدمن، ۲۰۱۹) بود. هر دو درمان به مدت ۶۰ دقیقه در هر جلسه ارائه شد و داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس آمیخته و نسخه ۲۶ برنامه SPSS تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر نمرات پیروی از درمان، در پس آزمون اثر معنی دار داشتند. پیگیری سه ماهه هم پایداری این اثر را نشان داد. مداخله آزمایشی منجر به تغییر در گروه آزمایش شده است و نمرات پیروی از درمان افزایش یافته است ( $p < 0/01$ ). همچنین میانگین پیروی از درمان در گروه طرحواره درمانی از گروه درمان هیجان مدار بیشتر بود.

**نتیجه‌گیری:** با دو شیوه طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار، می‌توان پیروی از درمان را در بیماران مبتلا به ام اس بهبود داد. یافته‌های مذکور می‌تواند در انتخاب نوع درمان در این بیماران، یاریگر درمانگران باشد.

**استناد:** محقق، آزینا؛ تاجری، بیوک؛ و کرامتی، هادی (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر پیروی از درمان در بیماران مبتلا به ام اس. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۵، ۸۱-۹۵.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۵، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.145.81](https://doi.org/10.52547/JPS.24.145.81)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: بیوک تاجری، استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: [Biuk.tajeri@kiauo.ac.ir](mailto:Biuk.tajeri@kiauo.ac.ir)

تلفن: ۰۹۱۲۳۴۷۶۹۲۶

## مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> که به اختصار ام اس خوانده می شود، یکی بیماری خودایمنی و یکی از شایع ترین اختلالات عصب شناختی است که به دنبال تخریب غلاف میلین اطراف نورون های دستگاه عصبی مرکزی (شامل مغز و نخاع) ایجاد می شود. در حال حاضر تقریباً ۵۰۰ هزار بیمار مبتلا به ام اس در آمریکا وجود دارد (جلویاری و همکاران، ۱۴۰۱). طبق آمار ارائه شده در کنگره بین المللی نورولوژی و الکترو فیزیولوژی بالینی ایران در سال ۱۳۹۶، تعداد مبتلایان به ام اس در ایران بیش از ۸۰ هزار نفر است (شهاب و همکاران، ۱۴۰۲). پیامدهای جسمی و روانشناختی بیماری ام اس به شکل معناداری زندگی روزمره بیماران را تحت تأثیر قرار داده و منجر به تجربه کیفیت زندگی پایین تر در این بیماران می شوند (الهازنی و همکاران، ۲۰۲۳).

یکی از مشکلات شایع در این بیماران، پیروی از درمان<sup>۲</sup> پایین است که به معنای عدم رعایت رفتارهای توصیه شده توسط متخصصین سلامت می باشد و همواره در ارتباط میان بیماری و درمانگران و متخصصان مطرح بوده است (کاستللو و همکاران، ۲۰۲۳). پیروی از درمان به پایبندی به رفتارهای توصیه شده توسط متخصصین سلامت اشاره دارد، که ترکیبی از درمان مناسب (مصرف دارو مطابق با میزان مورد نیاز و برنامه تجویز شده) و مداومت (مصرف دارو از شروع تا انتهای درمان) می باشد. عدم پیروی از درمان می تواند منجر به عود بیماری، نیاز به درمان های فوری و بستری شدن فرد و افزایش بار مالی برای سیستم بهداشتی شود (جلیلووند و همکاران، ۱۴۰۲).

افزایش آگاهی بیماران مبتلا به ام اس در مورد اهمیت پیروی از درمان و رعایت رفتارهای توصیه شده توسط متخصصین سلامت، می تواند وضعیت سلامت آن ها را بهبود بخشد. با توجه به تحقیقات انجام شده، پیروی از درمان یک فرآیند رفتاری پیچیده است و متأثر از عوامل مختلفی می باشد. الگوی زیستی-روانی-اجتماعی می تواند برای تفسیر این فرآیند مورد استفاده قرار گیرد (جلویاری و همکاران، ۱۴۰۱). عدم پیروی از درمان می تواند باعث عود بیماری، نیاز به درمان های فوری، بستری شدن فرد و افزایش بار مالی برای سیستم بهداشتی شود (امین و هرش، ۲۰۲۳). در این

راستا، طرحواره درمانی<sup>۳</sup> با بکارگیری راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی، به بیماران در غلبه بر طرحواره های ناسازگار اولیه کمک کرده و هدف نهایی آن، نیز بهبود طرحواره ها و سبک های مقابله ای ناسازگارانه بیماران است (یانگ و همکاران، ۲۰۱۶). رویکردی طرحواره درمانی که طرحواره های ناسازگار اولیه را هدف قرار می دهد، منجر به کاهش میزان کمال گرایی و با پرداختن به مشکلات زیربنایی اولیه، مهارت های تنظیم هیجان نیز بهبود می یابد تأثیر معناداری در افزایش پیروی از درمان در گروه های مختلفی از بیماران دارد (کارو فرانسیس، ۲۰۲۲، حکم آبادی و همکاران، ۱۳۹۹).

همچنین درمان هیجان مدار<sup>۴</sup> گرینبرگ (۲۰۱۴)، به عنوان عمل درمان با آگاهی از درک نقش هیجان در تغییر درمانی تعریف شده است. هیجان مدار به سمت ارتقاء استراتژی های آگاهی، پذیرش، بیان و تنظیم هیجان ها و تجربیات هیجانی اصلاح کننده حرکت می کند و هدف آن استحکام خود، تنظیم هیجان و ایجاد معنی جدید در مراجع است (آرین نژاد شیرین و همکاران، ۱۴۰۲). درمان هیجان مدار توجه ویژه ای به ایجاد هماهنگی همدلانه، ایمنی و همکاری رابطه ای می شود و بر پایه همین رابطه شکل گرفته مراجعه بر دنیای درونی به ویژه هیجان ها متمرکز می شود و با افزایش آگاهی و پردازش مجدد هیجان ها به رشد فردی و توانمندسازی خود می رسد (گیدز و لیندبام، ۲۰۲۳). پژوهشگران اثربخشی درمان را بر پیروی درمان بیماران نشان داده اند (گلیستی و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعات نشان داده اند که درمان هیجان مدار می تواند به شکل معناداری میزان افسردگی، اضطراب و استرس را در این بیماران کاهش دهد (آرین نژاد و همکاران، ۱۴۰۲). کریاکوس و همکاران (۲۰۲۳) نتیجه گرفتند که درمان هیجان مدار بر پیروی از درمان مؤثر است. با توجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به ام اس و مشکلات عمده آن ها در زمینه پیروی درمان، به نظر می رسد که بسیاری از این بیماران از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح بیماری برخوردار نیستند؛ بنابراین با توجه به روند رو به گسترش استفاده از شیوه های جدید درمان های روانشناختی در کاهش مشکلات روانشناختی از یک سو و توجه درمانگران به بهره گیری از روش های کم هزینه که بتواند در کمترین زمان به پاسخ لازم برسد، همچنین با توجه به اینکه در طرحواره

<sup>3</sup>. schema therapy

<sup>4</sup>. emotion-focused therapy

<sup>1</sup>. multiple sclerosis

<sup>2</sup>. treatment adherence

درمانی بر ابعاد شناختی و هیجانی و در درمان هیجان مدار صرفاً بر بعد هیجانی درمان تأکید می شود. همچنین به دلیل فقدان پژوهش هایی که به مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار در بیماران مبتلا به ام اس، پرداخته باشند، مسئله این پژوهش عبارت از این بود که آیا اثربخشی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر پیروی از درمان بیماران مبتلا به ام اس متفاوت است و کدام روش مؤثرتر است؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه با پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به ام اس بود که در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ جهت دریافت خدمات به انجمن ام اس ایران مراجعه کردند. نمونه پژوهش از نوع هدفمند و شامل ۶۰ نفر (برای هر گروه ۲۰ نفر) بود (دلاور، ۱۳۹۸). ملاک های ورود به مطالعه حاضر شامل: عدم استفاده از داروهای روانگردان، مواد مخدر و درمان های روانشناختی در طول مطالعه، داشتن سن بالای ۲۰ سال، کسب نمره ای پایین تر از میانگین در پرسشنامه پیروی از درمان (به اندازه دو انحراف استاندارد)، داشتن تحصیلات سوم راهنمایی و بالاتر، داشتن حداقل شش ماه سابقه ابتلا به بیماری، عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (با توجه به مصاحبه بالینی روان پزشکی در پرونده) و ابراز رضایت جهت شرکت آزمودنی ها و ملاک های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش شامل: عدم حضور در جلسات آزمایشی و مداخله بیش از دو جلسه، ابتلا به بیماری های طبی و روان پزشکی همراه شدید (با مصاحبه بالینی پژوهشگر و رجوع به پرونده بیمار) و دریافت همزمان سایر مداخلات روانشناختی، بودند.

## ب) ابزار

آزمون پیروی از درمان: آزمون پیروی از درمان بیماران مزمن توسط سیدفاطمی و همکاران (۱۳۹۷) ساخته شد. این آزمون یک ابزار خود گزارشی ۴۰ سؤالی است که سؤالات آن بر روی یک طیف لیکرت پنج درجه ای (از یک = کاملاً مخالفم تا پنج = کاملاً موافقم) نمره گذاری می شوند و نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده سطوح بالاتری از تبعیت درمانی است. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ است. این پرسشنامه،

پیروی از درمان را در هفت بعد اهتمام در درمان (شامل ۹ سؤال؛ آیتم های شماره ۱ تا ۹)، تمایل به مشارکت در درمان (شامل ۷ سؤال؛ آیتم های شماره ۱۰ تا ۱۶)، توانایی تطابق (شامل ۷ سؤال؛ آیتم های شماره ۱۷ تا ۲۳)، تلفیق درمان با زندگی (شامل ۵ سؤال؛ آیتم های شماره ۲۴ تا ۲۸)، چسبیدن به درمان (شامل ۴ سؤال؛ آیتم های شماره ۲۹ تا ۳۲)، تعهد به درمان (شامل ۵ سؤال؛ آیتم های شماره ۳۳ تا ۳۷) و تردید در اجرای درمان (شامل ۳ سؤال؛ آیتم های شماره ۳۸ تا ۴۰) مورد ارزیابی قرار می دهد. کسب امتیاز ۷۶ تا ۱۰۰ به معنای پیروی از درمان بسیار خوب، امتیاز ۵۱ تا ۷۵ به معنای پیروی از درمان خوب، امتیاز ۲۶ تا ۵۰ به معنای پیروی از درمان متوسط، و کسب امتیاز صفر تا ۲۵ به معنای پیروی از درمان ضعیف در نظر گرفته می شود. بررسی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه پیروی از درمان نشان داده است که این پرسشنامه از همسانی درونی (ضرایب آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه ای نمره کل این پرسشنامه برابر با ۰.۹۲ بود) و روایی محتوایی بالایی در جامعه بیماران بزرگسال ایرانی مبتلا به بیماری های مزمن برخوردار است و می تواند پیروی از درمان را به خوبی مورد ارزیابی قرار دهد (سیدفاطمی و همکاران، ۱۳۹۷). آلفای کرونباخ پرسشنامه در این پژوهش برابر با ۰/۷۸۲ به دست آمد.

پروتکل طرحواره درمانی؛ این پروتکل شامل شامل ۱۲ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه ای به صورت گروهی بود که توسط یانگ و براون (۲۰۱۶)، ساخته شد.

پروتکل درمان هیجان مدار؛ این درمان طی ۸ جلسه (هفتگی ۶۰ دقیقه ای) گروهی برگزار شد. از پروتکل درمانی ساخته شده توسط گرینبرگ و همکاران (۲۰۱۸) استفاده شد.



جدول ۱. خلاصه طرح جلسات طرحواره درمانی یانگ و براون (۲۰۱۶)

| جلسه | اهداف                 | محتوا و فعالیت‌ها                                                                                                                                       | تکالیف                                                                 |
|------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| ۱    | معارفه و آشنایی       | معرفی اعضا، معرفی پژوهشگر، اهداف پژوهش، شرایط و قراردادهای گروه، ساعات تشکیل جلسات، الزامات و...                                                        | تکمیل پرسشنامه‌های پیش‌آزمون مربوط به پژوهش حاضر                       |
| ۲    | طرحواره‌ها، ناسازگاری | شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته بررسی و جنبه‌های طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث شد.                   | مطالعه جزوه طرحواره و طرحواره درمانی                                   |
| ۳    | تکنیک‌های شناختی      | به آموزش تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای پرداخته شد. | شنیدن صدای طرحواره در سه حالت نشخوار فکری، تصاویر، رفتارهای طرحواره‌ای |
| ۴    | نیازهای هیجانی        | مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد                        | پیدا کردن خاطرات طرحواره ساز                                           |
| ۵    | تکنیک‌های شناختی      | طرحواره‌ها بینش‌های دوران کودکی و نوجوانی هستند که خودشان را به اکنون و زندگی امروز تحمیل می‌کنند. ادامه تکنیک‌های شناختی                               | آموزش تهیه فلش کارت                                                    |
| ۶    | تکنیک‌های تجربی       | شروع تکنیک‌های تجربی، لیست رفتارهای آماج تغییر / چگونه رفتارهای ناسازگار را کنار بگذاریم                                                                | تصویرسازی ذهنی رفتار مطلوب<br>آموزش نوشتن نامه به والدین               |
| ۷    | موقعیت‌های راه انداز  | آگاهی به موقعیت‌های راه انداز طرحواره با قصد پیش‌بینی و کنترل رفتارهای طرحواره‌ای، تشریح روابط درمانی، تکنیک‌های الگو شکنی رفتاری                       | کار کردن با کارت آموزشی طرحواره درمانی                                 |
| ۸    | سبک مقابله‌ای         | غنی سازی خزانه رفتاری، داشتن لیستی از رفتارهای سالم در موقعیت‌های راه انداز، ادامه تغییر رفتارها، جمع بندی / نتیجه گیری                                 | اجرای پس آزمون                                                         |

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان هیجان مدار گربنبرگ و همکاران (۲۰۱۸)

| جلسه | اهداف                      | محتوا و فعالیت‌ها                                                                                                                                                      | تکالیف                                   |
|------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| ۱    | معارفه و توضیح کلی         | برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، مفهوم سازی ماهیت درمان هیجان مدار و مشاهده و ارزیابی آزمادنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی.                          | ارزیابی و شناسایی توانایی‌ها             |
| ۲    | شناسایی هیجان‌های اساسی    | شناسایی چرخه تعاملی معیوب و شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند، شناسایی احساس‌های متناقض و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تأثیر گذار زندگی   | برگه‌های ثبت هیجانی و ثبت افکار ناکارآمد |
| ۳    | شناسایی تفکرات غیر منطقی   | فهمیدن تأثیر تفکر غیر منطقی روی آشفتگی هیجانی معرفی چهار سبک توأم با خطا                                                                                               | شناسایی چهار سبک                         |
| ۴    | شناسایی نیازها             | پیوستگی و آگاهی، شناسایی فرآیندهای شناختی-عاطفی زیربنایی، شناخت نیازها و آگاهی                                                                                         | برگه‌های ثبت نیازها                      |
| ۵    | شناسایی طرحواره‌های هیجانی | آرام سازی عضلانی، شناسایی طرحواره‌های هیجانی تأکید بر پذیرش تجربیات، مواجهه تجسمی.                                                                                     | اجرای صندلی داغ                          |
| ۶    | بازسازی هیجان‌ها           | مطالعه نیازی که بیمار از آن امتناع می‌کند و تصدیق تجربه‌ای نماد گذاری نشده با اجتناب شده است. گسترده کردن مفهوم خود با بازسازی هیجان‌ها در ارتباط با موقعیت‌های مختلف  | برگه‌های ثبت هیجان‌ها اجتناب شده         |
| ۷    | بازسازی هیجان‌ها           | تقویت پردازش هیجانی، ردیابی احساسات حل نشده، بازسازی مجدد هیجان، بازخوانی و برانگیختن احساسات منفی، فراهم نمودن حمایت برای هیجان‌ها و حل و فصل مجدد هیجان              | شناسایی احساسات منفی                     |
| ۸    | انتقال احساسات ناخوشایند   | ایجاد راه حل‌های جدید برای مشکلات قبلی، آموزش فرایند انتقال احساسات ناخوشایند به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات جنبه‌های مهم زندگی در خارج از درمان |                                          |

## ج) روش اجرا

بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص مداخله توضیحاتی به گروه‌های آزمایش داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه ای داشته باشند، سپس پرسشنامه‌ها به عنوان پیش‌آزمون در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و همچنین از افراد گروه گواه نیز خواسته شد به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. در جلسه مداخله چیدمان صندلی‌ها به صورت نیم

دایره بود تا مشارکت گروهی تسهیل گردد. پس از مطرح کردن اهداف تحقیق، پرسشنامه پیروی از درمان، در اختیار سه گروه آزمایشی و گواه قرار داده شد. در طول جلسات، یک نفر به عنوان دستیار پژوهش جهت توزیع فرم‌های لازم در مداخله‌ها بین بیماران و کمک به آن‌ها حضور داشت. به منظور اجرای گروهی درمان، قبل از شروع جلسات درمانی، یک جلسه توجیهی به مدت ۶۰ دقیقه برای اعضای گروه‌های آزمایش و گواه

و انحراف معیار ۸/۰۳ و برای گروه گواه ۳۲/۶۰ و انحراف معیار ۶/۷۶ بود. دامنه تغییرات سن از ۲۰ تا ۴۵ بود. با توجه به عدم تفاوت معنی دار در هر یک از متغیرها ( $p > ۰/۰۵$ )، سه گروه از نظر پیروی از درمان همگن هستند. در آزمون مفروضه های پژوهش مشخص شد که نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون و پس آزمون نشان داد که سطح معناداری محاسبه شده برای تمامی متغیرهای بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته است. سطوح معناداری محاسبه شده F لوین از ۰/۰۵ بزرگتر است ( $F = ۱/۸۳$ )،  $p > ۰/۰۵$ ). لذا فرض صفر همگنی واریانس ها برقرار است، همچنین، شیب های رگرسیون دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش با هم تعامل ندارند و پیش فرض همگنی شیب رگرسیون تأیید می شود. بنابراین، چون مفروضه ها زیر سؤال نرفته استفاده از تحلیل واریانس بلا مانع است.

به صورت مجزا و به صورت کلی و خنثی برگزار شد و اصول کلی، قوانین و اهداف گرده به صورت کلی مورد بحث قرار گرفت. بعد از انجام پیش آزمون جلسات درمانی در طی چهل و پنج روز به اجرا درآمد. پس از اتمام جلسه های مداخله، پرسشنامه ها به طور مجدد به افراد داده شد و با افراد گروه گواه تماس گرفته شد و از آن ها دعوت گردید تا جهت پاسخ به پرسشنامه تا یک هفته آتی به مرکز مراجعه نمایند. در نهایت دو ماه بعد، جهت انجام مرحله پیگیری، بار دیگر همه موارد فوق اجرا گردید. جهت تحلیل داده ها و به منظور مقایسه نتایج سه گروه آزمایشی و گواه ضمن رعایت پیش فرض های پژوهش، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون بن فرونی و نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS و سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

### یافته ها

میانگین سن شرکت کنندگان در این نمونه پژوهشی برای گروه طرحواره درمانی ۳۳/۸۵ و انحراف معیار ۷/۴۶، برای گروه درمان هیجان مدار ۳۵/۱۰

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیروی از درمان به تفکیک گروه و زمان اندازه گیری

| گروه           | تعداد | پیش آزمون |              | پس آزمون |              | پیگیری  |              |
|----------------|-------|-----------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|
|                |       | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| طرحواره درمانی | ۲۰    | ۱۲۲/۵     | ۶/۷۲         | ۱۳۹/۵    | ۷/۰۷         | ۱۳۷/۰   | ۷/۳۱         |
| هیجان مدار     | ۲۰    | ۱۲۲/۳     | ۶/۹۳         | ۱۴۰/۱    | ۷/۶۷         | ۱۳۹/۹   | ۷/۹۱         |
| گواه           | ۲۰    | ۱۲۰/۱     | ۶/۲۵         | ۱۱۶/۵    | ۹/۱۵         | ۱۱۸/۰   | ۹/۵۰         |

جدول ۴. یافته های مربوط به آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای پیروی از درمان

| تغییرات بین آزمودنی ها | SS       | df | MS      | F     | معناداری | Eta  | توان |
|------------------------|----------|----|---------|-------|----------|------|------|
| گروه                   | ۹۸۹۱/۳۲  | ۲  | ۴۸۶۲/۹۲ | ۳۱/۶۲ | ۰/۰۰۱    | ۰/۵۲ | ۰/۷۱ |
| خطا                    | ۲۷۳۱۹/۱۱ | ۵۷ | ۷۹۲۹/۵۶ |       |          |      |      |
| درون آزمودنی ها        |          |    |         |       |          |      |      |
| زمان                   | ۷۳۸۱/۰۵  | ۲  | ۴۲۸۱/۰۲ | ۴۲/۳۷ | ۰/۰۰۱    | ۰/۴۸ | ۰/۷۲ |
| زمان و گروه            | ۲۲۳۸۱/۴۴ | ۴  | ۵۷۲۹/۶۴ | ۲۸/۱۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۶ | ۰/۷۱ |
| خطا                    | ۶۱۰۳/۷۳  | ۵۴ | ۸۱/۴۹   |       |          |      |      |

جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه گیری بر پیروی از درمان

| سطوح متغیر مستقل | گروه             | تفاوت میانگین ها | خطای استاندارد | معنی داری | کران پایین | کران بالا |
|------------------|------------------|------------------|----------------|-----------|------------|-----------|
| طرحواره درمانی   | درمان هیجان مدار | ۳/۲۶             | ۳/۰۱           | ۰/۰۰۱     | -۶         | ۱۳        |
|                  | گواه             | ۱۲/۳۵            | ۳/۰۱           | ۰/۰۰۱     | ۲          | ۲۲        |
| درمان هیجان مدار | گواه             | ۹/۲۷             | ۳/۰۱           | ۰/۰۰۱     | -۳         | ۱۸        |

به منظور بررسی تأثیر عامل گروه و عامل زمان بر نمرات پیروی از درمان آزمون تحلیل واریانس آمیخته به اجرا درآمد. طبق یافته‌های جدول فوق دو شیوه مداخله طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر نمرات پیروی از درمان در پس آزمون معنادار است ( $F_{(2, 57)} = 31/62$ ,  $P < 0/001$ ). همچنین تأثیر عامل زمان بر نمرات پیروی از درمان در مرحله پیگیری معنادار بود ( $F_{(2, 44)} = 42/37$ ,  $P < 0/001$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات پیروی از درمان در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه، تفاوت وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنادار بود ( $F_{(2, 44)} = 28/11$ ,  $P < 0/001$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه گیری متفاوت بود.

همچنین با ملاحظه مجدور ا تا برابر با ۰/۵۲ می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که ۰/۵۲ کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس درمان بر پیروی از درمان تأثیر دارد. همچنین تفاوت میانگین‌های هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه منفی و معنادار است، بنابراین در مورد فرضیه‌های مربوط به اثربخشی این دو درمان، در افزایش پیروی از درمان بیماران مبتلا به ام‌اس، فرض صفر رد و فرض پژوهشگر تأیید می‌گردد. در مقایسه اثربخشی دو گروه آزمایشی نسبت به یکدیگر نیز تفاوت میانگین‌ها در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است، بنابراین فرضیه تفاوت اثربخشی دو شیوه مداخله نسبت به یکدیگر نیز تأیید شد. در ادامه به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه گیری بر نمرات افزایش پیروی از درمان بیماران مبتلا به ام‌اس، با ثابت نگهداشتن عامل زمان، میانگین پیروی از درمان گروه‌ها در هر یک از مراحل اندازه گیری با استفاده از آزمون تعقیبی بون‌فرونی مورد مقایسه قرار گرفت. داده‌ها نشان داد که بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و گروه گواه در اثر مداخله، تفاوت معنادار آماری وجود دارد. با توجه به مثبت بودن میانگین تفاوت‌ها و این که میانگین گروه طرحواره درمانی از گروه درمان هیجان مدار بیشتر بود، بنابراین از بین روش‌های طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار، روش طرحواره درمانی در افزایش پیروی از درمان بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثرتر بود.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار، بر پیروی از درمان بیماران مبتلا به ام‌اس انجام شد و نتایج نشان داد

که هر دو شیوه طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار در پیروی از درمان بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر بود و طرحواره درمانی در این مورد مؤثرتر بود. یافته این پژوهش با نتایج گزارش شده در تحقیقات پیشین از جمله؛ قاسمپور و همکاران (۱۴۰۱)، بیسلی و آگر (۲۰۲۲)، مبشر و همکاران (۱۴۰۰)، حکم آبادی و همکاران (۱۳۹۹)، همسویی دارد. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی باید گفت که همکاری ضعیف در درمان، هم برای بیماران و هم برای سیستم‌های ارائه کننده مراقبت‌های مرتبط با سلامت، زنگ خطر محسوب می‌شود، زیرا از منظر بالینی، عدم تبعیت از درمان سبب کاهش اثرات مفید درمانی، علائم نشانه‌ها، افزایش عوارض و افزایش میزان بستری و حتی مرگ می‌گردد به طوری که داشتن تصویری غلط از بیماری می‌تواند به تبعیت کمتر منجر شود. در این راستا حکم آبادی و همکاران (۱۳۹۹) در بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر روی تبعیت از درمان نشان دادند که طرحواره درمانی بر تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران تأثیر گذاشته و موجب کاهش عاطفه منفی آن‌ها شده است. همچنین این مطالعه توانایی طرحواره درمانی بر الگو شکنی رفتاری را نشان می‌دهد و این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوی رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح ریزی و اجرا کند و در نتیجه منجر به تبعیت از درمان می‌شود. همچنین، قاسمپور و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار دارای ساختاری مقاوم نسبت به تغییر هستند و به نوعی برای بقای خود تلاش می‌کنند و از این رو از هر طریقی ممکن است منجر به تضعیف هماهنگی و سازگاری فرد با الزامات محیطی، عدم انعطاف شناختی، دشواری در تصمیم گیری و سازمان دهی و برنامه ریزی شوند. چرا که منجر به احساس ناتوانی ناشی از عدم استقلال از دیگران و تخریب حوزه‌های تعقیبی درمان می‌شود. می‌توان استنباط کرد که اصلاح طرحواره‌های ناسازگار و تضعیف یا تغییر آن‌ها از طریق طرحواره درمانی مانع از تفسیر غلط از هیجانات خود می‌شود و خود کارآمدی بیماران را افزایش داده و از این طریق باعث بهبود تبعیت روند درمان می‌گردد. بهبود در توانایی کنترل مهارت بیماران، متعاقب اصلاح طرحواره‌های ناتوانی و تبدیل به طرحواره های کنترل شخصی نتیجه‌ای قابل پذیرش و موجه برای تبعیت از درمان به نظر می‌رسد. علاوه بر این، می‌توان گزارش نمود که در طرحواره درمانی،

هدف اصلی تضعیف طرحواره ناسازگار اولیه و در صورت امکان ایجاد یک طرحواره سالم است (بیسلی و آگر، ۲۰۲۲).

همچنین مبشر و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند درمان هیجان مدار باعث بهبود خودمراقبتی و تبعیت از درمان در زنان مبتلا به بیماری قلبی عروقی می شوند. در تبیین این یافته می توان گفت که درمان هیجان مدار با شناسایی کردن افکار خودکار منفی و نشان دادن به افراد که به چه طریقی اندیشه ها بر خلق و اعمال افراد تأثیر می گذارد و به چالش کشاندن اندیشه ها و اعتقادات در افراد موجب شناسایی این افکار و اندیشه های منفی در افراد و اصلاح افکار و اندیشه های منفی، کاهش هیجانات منفی، و یادگیری راهبردهای مقابله سازگارانه در افراد می شود. بنابراین افراد تحت تأثیر فنون این درمان این توانایی را به دست می آورند که افکار خودکار منفی و غیرمنطقی و هیجانات متداعی با این افکار منفی و همچنین مدارکی برای تأیید کردن و رد کردن آن ها را با وضوح بیشتری شناسایی کنند و به آگاهی بیشتری دست یابند، بنابراین این افراد رفتارهای مثبت بیشتری را از خود نشان می دهند. متعاقب آن این افراد ممکن است از دستورات درمانی که پزشک معالج آن ها تجویز کرده است پیروی کنند و طبق دستورات پزشک خود برای بهبودی بیماری خود عمل کنند. همچنین، می توان گفت که بهبود پیروی از درمان در بیماران مبتلا به ام اس در اثر درمان هیجان مدار نشان دهنده آن است که درمان هیجان مدار باعث تغییرات معناداری در رفتار و افکار افراد مبتلا به بیماری ام اس از لحاظ بالینی می شود و به همین دلیل این احتمال وجود دارد که میزان خودمراقبتی در این بیماران افزایش پیدا کند. درمان موجب می شود که نگرش ها و باورها در افراد تغییر کند و این تغییرات منجر به پیروی از درمان خواهد شد (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۲۲).

به طور خاص، یک ذهنیت ناکارآمد با طرحواره های ناسازگار یا پاسخ های مقابله ای که به احساسات ناراحت کننده، پاسخ های اجتنابی یا رفتارهای خودتخریب آمیز مشخص می شود و عملکرد عاطفی او را کنترل می کند. می توان این طور نتیجه گرفت که درمان طرحواره ابتدا به شناسایی موقعیت های مشکل سازی که فرد از نظر هیجانی در مدت، شدت و فراوانی بیشتری بسر می برد، می پردازد و سپس آن ها را در قالب ذهنیت های کودک آسیب

پذیر مفهوم بندی می کند. سپس نحوه واکنش فرد به این هیجانات منفی را که می تواند برای وی دردسرساز شوند، شناسایی کرده و در قالب مفهوم ذهنیت های مقابله ای ناسازگار مفهوم بندی می کند و در انتها با جایگزین کردن آن ها با ذهنیت های سالم تر به تنظیم بهتر هیجان کمک می کند. لذا طرحواره درمانی با تأکیدی که بر جنبه شناختی و هیجانی درمان دارد در مقایسه با درمان هیجان مدار که صرفاً بر بعد هیجان تأکید دارد مؤثرتر بود (گیدز و لیندبام، ۲۰۲۳).

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به شرایط خاص شیوع کرونا و استرس احتمالی شرکت کنندگان در هنگام دریافت مداخله اشاره داشت. همچنین پوشیدن ماسک توسط شرکت کنندگان شاید موجب تنش و بی قراری بعضی از آن ها و به طور کلی کاهش اندازه اثر مداخله شده باشد. با توجه به تأیید اثربخشی هر دو پروتکل درمان به ویژه طرحواره درمانی در این پژوهش، در سطح کاربردی پیشنهاد می شود این دو پروتکل توسط متخصصین و درمانگران برای بهبود پیروی از درمان بیماران مبتلا به ام اس بکار گرفته شود.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** شرکت کنندگان بعد از مصاحبه های اولیه و پر کردن فرم رضایت آگاهانه در این پژوهش شرکت داده شده اند، در پایان نیز به رسم یادبود و سپاسگزاری هدیه ای، هم به گروه آزمایش و هم به گروه گواه، تقدیم شد. همچنین اجازه انجام پژوهش از بیماران اخذ شد و پژوهشگر خطری برای مشارکت کنندگان متصور نمی باشد. کد اخلاق پژوهش عبارت است از: IR.IAU.SRB.REC.1401.033

**حامی مالی:** این پژوهش با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

**نقش هر یک از نویسندگان:** نویسنده اول محقق اصلی و پیگیر این پژوهش بوده است و نویسنده دوم راهنمایی و جهت دهی پژوهش را بر عهده داشتند و بقیه همکاران (نویسنده سوم و چهارم) هم در امر آموزش و اجرای پروتکل ها همکاری داشتند.

**تضاد منافع:** نویسندگان اذعان می کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافع وجود ندارد. این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی است.

**تشکر و قدردانی:** از زحمات و همکاری پرسنل انجمن ام اس و مرکز مشاوره ساوالان که نقش تسهیل کننده و هماهنگ کننده جهت اجرای این پژوهش را بر عهده داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایم.

## منابع

آرین نژاد شیرین، صالحی مهدیه، تقی‌لو صادق، استکی مهناز. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر و درمان هیجان‌مدار بر ابرازگری هیجان افراد با سندرم ضربه عشقی. *علوم روانشناختی*؛ ۲۲ (۱۲۵)، ۹۳۲-۹۱۳

doi:10.52547/JPS.22.125.913

افشار شاندیز حمید، رحیمیان بوگر اسحق، طالع‌پسند سیاوش. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان کوتاه مدت راه‌حل‌محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *علوم روانشناختی*؛ ۲۲ (۱۲۵)، ۸۹۸-۸۸۱

doi: 10.52547/JPS.22.125.845

حاجی‌لو مریم، احدی حسن، صیرفی محمدرضا، شاه‌بیگی سعید، رفیعی پور امین. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس. *علوم روانشناختی*؛ ۱۷ (۷۲)، ۸۹۷-۸۹۳

doi: 20.1001.1.17357462.1397.17.72.3.9

جلویاری، فاطمه؛ کاظمیان، سمیه؛ نعیمی، ابراهیم و فرخی، نورعلی. (۱۴۰۱). کشف راهبردهای روانی - اجتماعی مؤثر بر عزت‌نفس زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کیفی. *علوم روانشناختی*؛ ۲۱ (۱۱۴)، ۱۱۲۳-۱۱۴۴

doi: 10.52547/JPS.21.114.1123

جلیوند قزوینی فرد شیوا، تاجری بیوک، کاوه وحید، احدی حسن. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی بر پیروی از درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان. *علوم روانشناختی*؛ ۲۲ (۱۳۱)، ۲۲۶۲-۲۲۴۷

doi:10.52547/JPS.21.114.1123

رزاقتی شکوفه، هواسی سومار ناهید، منصوبی فر محسن، طهمورسی نیلوفر. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار بر اضطراب اجتماعی و نظم‌جویی هیجانی دانشجویان موسیقی. *علوم روانشناختی*؛ ۲۲ (۱۳۰)، ۲۰۲۴-۲۰۰۵

doi: 10.52547/JPS.22.130.2005

سعادت، سجاد، کلانتری، مهرداد، کجباف، محمدباقر، حسینی نژاد، مظفر. (۱۴۰۲). وضعیت روانشناختی بیماران مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کیفی. *تحقیقات نظام سلامت*؛ ۱۵ (۴): ۲۹۶-۳۰۳

http://hsr.mui.ac.ir/article-۱۰۹۹-۱-fa.html

سیدفاطمی، نعیمه؛ رفیعی، فروغ؛ حاجی‌زاده، ابراهیم؛ و مدانلو، مهناز. (۱۳۹۷). طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری مزمن: یک مطالعه ترکیبی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان*؛ ۲۰ (۲)، ۱۹۱-۱۷۹

http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-4156-fa.html

شهاب، آذرمیدخت؛ احدی، حسن؛ جمهری، فرهاد؛ کراسکیان موجمباری، آدیس. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی بر امیدواری بیماران مبتلا به ام‌اس. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*؛ ۶۴ (۶)، ۴۳۰۱-۴۳۱۱

doi: 10.22038/mjms.2022.20196

کرمانشاهی فاطمه، نوایی نژاد شکوه، احمدی خدابخش. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر دلزدگی زناشویی، سردی عاطفی، ناگویی هیجانی و سرمایه روانشناختی در زنان آسیب‌دیده از خیانت. *علوم روانشناختی*؛ ۲۳ (۱۳۵)، ۵۸۸-۵۷۳

doi: 10.52547/JPS.23.135.573

حکم‌آبادی، محمدابراهیم، بیگدلی، ایمان‌اله، اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد، و اسدی، جوانشیر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی. *روانشناسی بالینی*؛ ۱۲ (۴۵)، ۲۵-۳۵

doi:10.22075/jcp.2020.12459.1217

قاسمپور، حسین؛ درزی آزادبنی، مریم؛ میرزائیان، بهرام؛ سنگانی، علیرضا؛ شاکریان، سمیرا. (۱۴۰۱). مدل‌یابی طرحواره‌های ناسازگار بر تبعیت درمانی با نقش واسطه تنظیم شناختی هیجان در بیماران کرونر قلبی. *آموزش پرستاری*؛ ۱۱ (۴)، ۱۳-۲۴

https://doi.org/10.22034/JNE.11.4.13

مبشر، زهرا؛ باقری، نسرین؛ عباسی، محمد؛ تنها، زهرا. (۱۴۰۰). مقایسه تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت بر خود و درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر خودمراقبتی و تبعیت از درمان، در بیماران قلبی-عروقی. *یافته*؛ ۲۳ (۳)، ۱۲-۲۵

http://yafte.lums.ac.ir/article-۳۳۳۸-۱-fa.html

## References

Afshar shandiz H, Rahimian Boogar I, Talepasand S. (2023). Comparison of efficacy of mindfulness-based cognitive therapy with brief solution-focused therapy on quality of life of patients with multiple sclerosis. *Journal of Psychological Science*;



- 22(125), 881-898. (Persian)  
doi:10.52547/JPS.22.125.845
- Alhazzani, A., Alqahtani, M., Alamri, N., Sarhan, L., Alkhashrami, S., & Alahmarii, M. (2023). Treatment satisfaction and adherence to medications among multiple sclerosis patients in Saudi Arabia. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*; 55(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s41983-019-0095-6>
- Amin, M., & Hersh, C. M. (2023). Updates and advances in multiple sclerosis neurotherapeutics. *Neurodegenerative disease management*; 13(1), 47-70. <https://doi.org/10.2217/nmt-2021-0058>
- Aryannejad S, Salehi M, Taghiloo S, Estaki M. (2023). Comparison of the efficacy of emotional focused therapy with application art and emotional focused therapy on emotional expression among people having experienced love trauma syndrome. *Journal of Psychological Science*; 22(125), 913-932. (Persian) doi:10.52547/JPS.22.125.913
- Beasley, C. C., & Ager, R. (2022). Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of Evidence-Based Social Work*; 16(2), 144-159. doi: 10.1080/17454832.2022.1774628
- Carr, S. N., & Francis, A. J. (2022). Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. *Cognitive therapy and research*; 34(4), 343-358. doi: 10.1007/s10608-009-9250-1
- Costello, K., Kennedy, P., & Scanzillo, J. O. (2023). Recognizing nonadherence in patients with multiple sclerosis and maintaining treatment adherence in the long term. *The Medscape Journal of Medicine*; 10(9), 225-230. PMID: PMC2580090.
- Geddes, D., & Lindebaum, D. (2023). Unpacking the 'why' behind strategic emotion expression at work: A narrative review and proposed taxonomy. *European Management Journal*; 38(5), 708-722. <https://doi.org/10.1016/j.emj.2023.02.006>
- Ghassempour H, Darzi Azadboni M, Mirzaian B, Sangani A, Shakerian S. (2022). Modeling of early maladaptive schemas on adherence to treatment with the mediating role of cognitive emotion regulation and resilience in coronary heart patients. *neurs ecucation*; 11 (4):13-24. (Persian) doi: 10.22034/JNE.11.4.13
- Glisenti, K., Strodl, E., & King, R. (2022). Emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A review of six cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*; 25(6), 842-855. doi: 10.1002/cpp.2319
- Greenberg, L. J., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M. (2022). Differential effects of emotion-focused therapy and psycho education in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*; 55(2), 185. doi: 10.1037/0022-0167.55.2.185
- hajilou M, ahadi H, seirafi M, shahbeigi S, rafiepoor A. (2023). The effectiveness of stress management training based on cognitive-behavioral model on quality of life in patiens with MS. *Journal of Psychological Science*; 17(72), 893-897. (Persian) doi: 20.1001.1.17357462.1397.17.72.3.9
- Hokmabadi, M. E., Bigdeli, I., Asghari ebrahimabad, M. J., & Asadi, J. (2020). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Personality Type D and Adherence to Treatment in Patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Clinical Psychology*; 12(1), 25-36. (Persian) doi: 10.22075/jcp.2020.12459.1217
- Jalilvand qazvini fard S, Tajeri B, Kaveh V, Ahadi H. (2023). Comparing efficacy of acceptance and commitment therapy & motivational interviewing on adherence to treatment in women with breast cancer. *Journal of Psychological Science*; 22(131), 2247-2262. (Persian) doi:10.52547/JPS.22.131.2247
- Jeloyari F, Kazemian S, Naeimi E, Farrokhi N. (2022). Discovering psychosocial strategies affecting self-esteem in women with multiple sclerosis: A qualitative study. *Journal of Psychological Science*; 21(114), 1123-1144. (Persian) doi:10.52547/JPS.21.114.1123
- kermanshahi F, navabeenezhad S, ahmadi K. (2024). The efficacy of emotional therapy on marital burnout, emotional divorce, alexithymia and psychological capital in women affected by infidelity. *Journal of Psychological Science*; 23(135), 573-588. (Persian) doi:10.52547/JPS.23.135.573
- Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2023). The effectiveness of Emotion-oriented Therapy on the psychological functioning of healthcare professionals: A systematic review. *Mindfulness*; 12(1): 1-28. doi: 10.1007/s12671-020-01500-9
- Mobasher Z, Bagheri N, Abasi M, Tanha Z. Comparison of a combination of acceptance and commitment-based therapy and self-compassion training and emotion oriented cognitive-behavioral therapy on self-care and adherence to treatment in

- icardiovascular patients. *yafte* 2021; 23:12-25.  
<http://yafte.lums.ac.ir/article-1-3238-fa.html>
- Razaghi S, havasi soomar N, mansoobifar M, tahmouresi N. (2023). Comparison of the efficacy of cognitive-behavioral and emotion-focused therapies on social anxiety and emotional regulation of music students. *Journal of Psychological Science*; 22(130), 2005-2024. (Persian) [doi:10.52547/JPS.22.130.2005](https://doi.org/10.52547/JPS.22.130.2005)
- Saadat S, Kalantari M, Kajbaf M B, Hosseini-zhad M. (2020). Psychological Status of Multiple Sclerosis Patients: A Qualitative Study. *Health System Research*; 15 (4):296-303. (Persian) <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-1099-fa.html>
- Seyed Fatemi N, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. (2019). Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. *Koomesh*; 20 (2):179-191. (Persian) <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-4156-fa.html>
- Shahab, A., Ahadi, H., Jomehri, F., & kraskian Mojembari, A. (2022). The effectiveness of group therapy of emotional schemas on the hope of patients with MS. *medical journal of mashhad university of medical sciences*; 64(6), 4301-4311. (Persian) [doi: 10.22038/mjms.2022.20196](https://doi.org/10.22038/mjms.2022.20196)
- World Health Organization. (2022). *Atlas multiple sclerosis resources in the world*. Geneva, Switzerland: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563758>
- Young, J. E., & Brown, G. (2019). Young schema questionnaire. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*; 2, 63-76. <https://psycnet.apa.org/record/2016-02395-000>

