



Journal Website

**Article history:**

Received 30 March 2024

Revised 25 May 2024

Accepted 12 June 2024

Published online 24 July 2024

# Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 3, Issue 2, pp 108-121



E-ISSN: 2981-1759

## Comparison of the Effectiveness of Imago Therapy Package for Affective Breakdown and Trauma Specific Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety and Negative Affects among Adolescent Girl

Mehri. Fatehi <sup>1</sup>, Mohsen Golparvar <sup>2\*</sup>, Ali Mehdad <sup>3</sup>

<sup>1</sup> PhD Student, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

<sup>3</sup> Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

\* Corresponding author email address: drmgolparvar@gmail.com

### Article Info

**Article type:**

Original Research

**How to cite this article:**

Fatehi, M., Golparvar, M., Mehdad, A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Imago Therapy Package for Affective Breakdown and Trauma Specific Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety and Negative Affects among Adolescent Girl. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(2), 108-121.



© 2024 the authors. Published by Mahera Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

### ABSTRACT

**Background and Objectives:** Adolescent girls faced with affective breakdown have an urgent need to overcome their problems. Therefore, the aim of this study was to compare the effectiveness of imago therapy package for affective breakdown and cognitive-behavioral therapy on anxiety and negative affects among adolescent girl.

**Materials and Methods:** This research was a semi-experimental study with a pretest, posttest and follow-up design with a control group. The statistical population was adolescent girl who faced affective breakdown in the winter of 2022 in Isfahan, Iran. From them, 48 preschool adolescent girl were selected by purposive sampling method and randomly assigned in two experimental groups and a control group (16 adolescent girl for each group). Spitzer's et al anxiety questionnaire (2006) and Watson & Clark's negative affect scale (1992) was used to assess dependent variables in three stages. Two treatment groups were treated in 10 sessions of 90 minutes each, and the control group did not receive any treatment. The data were analyzed by analysis of covariance and post-hoc Bonferroni test by SPSS version 26

**Findings:** The results showed that there was a significant difference between imago therapy package for affective breakdown and cognitive-behavioral therapy in anxiety and negative affect with the control group ( $p < 0.01$ ), but there was no significant difference between the effectiveness of two treatment groups ( $p > 0.05$ ).

**Conclusions:** Considering the effectiveness of imago therapy for affective breakdown and cognitive-behavioral therapy on reducing anxiety and negative affect, it is suggested that these two treatments be used for girls who face affective breakdown in psychological treatment centers for adolescents.

**Keywords:** imago therapy package for affective breakdown, cognitive-behavioral therapy, anxiety, negative affect, adolescent girl



## مقایسه اثربخشی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی با درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر اضطراب و عواطف منفی دختران نوجوان

مهری فاتحی<sup>۱</sup>، محسن گل پرور<sup>۲\*</sup>، علی مهداد<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

\* ایمیل نویسنده مسئول: drmgolparvar@gmail.com

### چکیده

### اطلاعات مقاله

### نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

### نحوه استناد به این مقاله:

فاتحی م، گل پرور م، مهداد ع. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی با درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر اضطراب و عواطف منفی دختران نوجوان. *پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۳(۲)، ۱۲۱-۱۰۸.

**زمینه و هدف:** دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی نیازی مبرم برای غلبه بر مشکلات خود دارند. بر همین اساس، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی با درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب و سرمایه عاطفی دختران نوجوان اجرا شد .

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی در شهر اصفهان در زمستان ۱۴۰۱ بودند، که از میان آن ها ۴۸ نوجوان دختر به صورت هدفمند انتخاب و در سه گروه (هر گروه ۱۶ نفر) گمارده شدند. مقیاس اضطراب اسپریتزر و همکاران (۲۰۰۶) و مقیاس عواطف منفی واتسون و کلارک (۱۹۹۲) برای سنجش متغیر وابسته در سه مرحله استفاده شد. دو گروه درمان، هر یک طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت ننمود. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل گردید .

**یافته ها:** نتایج نشان داد در اضطراب و عواطف منفی بین ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و درمان شناختی - رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. ( $p < 0.01$ ) در اثربخشی دو درمان بر اضطراب و عواطف منفی تفاوت معناداری وجود نداشت. ( $p < 0.05$ )

**نتیجه گیری:** با توجه به اثربخشی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب و عواطف منفی، پیشنهاد می شود در مراکز درمان روان شناختی نوجوانان، این دو درمان برای دختران مواجه شده با شکست عاطفی استفاده شوند.

**کلیدواژگان:** ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی، درمان شناختی - رفتاری، اضطراب، عواطف منفی، دختران نوجوان



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



## مقدمه

انسان‌ها در تمامی مقاطع و دوران‌های زندگی خود نیازی مبرم به روابط عاطفی و هیجانی با دیگر هم‌نوعان خود دارند. این نیاز، در صورت عدم تامین و تشفی، می‌تواند مشکلات عدیده‌ای را برای افراد فراهم آورد [۱]. از میان دوران‌های سنی مختلف، دوره نوجوانی، به دلیل استقلال طلبی نسبی نوجوان از خانواده، و تمایل بیشتر به سوی همسالان، برای پیوندهای عاطفی و هیجانی و کسب حمایت عاطفی و هیجانی از همسالان جایگاهی بس حساس دارد. در این سیر گاهی نوجوان در برقراری پیوند عاطفی و هیجانی با همسالان همجنس و یا غیرهمجنس خود، با مشکل مواجه شده و در عمل با پیمان شکنی و گاه شکست عاطفی مواجه می‌شود [۲]. مطابق شواهد موجود در دسترس، شکست عاطفی اغلب ممکن است وقتی طرف مقابل غیرهمجنس باشد شدت بیشتر و قابل توجه‌تری دارد [۳]. این نوع شکست یا ضربه، شکلی از ضربه عاطفی و هیجانی است که طی آن فرد احساس می‌کند تکیه گاه و حامی عاطفی و هیجانی خود را از دست داده و در فضای بی کسی و بی پناهی به حالت معلق و سرگردان درآمده است [۴]. این حالات برای اغلب نوجوانان که تجربه زیسته‌ای در این خصوص دارند، سرشار از اضطراب، نگرانی و عواطف منفی مختلف مانند احساس گناه، شرم، خشم، درماندگی، بی‌علاقگی و ناامیدی است. چنین شرایطی برای دختران نوجوان به مراتب دشوارتر و مسئله سازتر است [۵]. در واقع تجربه شکست عاطفی و هیجانی که به دنبال یک دوره روابط رمانتیک، عاطفی و گاه عاشقانه اتفاق می‌افتد، خود به تنهایی آنچنان ناتوان کننده است که نیازی مبرم به یاری تخصصی و حرفه‌ای در این نوجوانان را گوشزد می‌کند. علاوه بر این با افزوده شدن حالاتی نظیر اضطراب و عواطف منفی به این تجربه، وخامت اوضاع نوجوانان و تهدید سلامت و بهزیستی وی را از مرز حساسیت گذرانده و ممکن است به یک بحران تبدیل نماید.

اضطراب به عنوان یکی از مهمترین رخدادهای مرتبط با تجربه روابط رمانتیک و عاشقانه و یا شکست عاطفی [۶،۷]، ترکیبی از برانگیختگی‌های بدنی، همراه با نگرانی و حالات گوش به زنگی است که با هجوم افکار و باورهای خودکار و معیوب مربوط به تجارب مختلف از جمله تجربه ضربه اعم از ضربه عاطفی و یا جسمی و فیزیکی به ذهن فرد، کنش و واکنش‌های فرد را به تناسب شدت علائم تجربه شده، دچار اختلال نموده و تصمیم‌گیری مناسب و منطقی را ب برای نوجوانان که هنوز دارای مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و کافی برای مواجهه با تجارب مختلف نیستند، مختل می‌نماید [۸-۱۰]. فراتر از اضطراب، شکست یا ضربه عاطفی و عاشقانه می‌تواند طیف قابل توجهی از عواطف منفی نظیر غمگینی، خشم، احساس گناه، نگرانی و اضطراب، احساس شرم و تحریک پذیری را نیز در فرد ایجاد و از این طریق چرخه مخرب اضطراب و عواطف منفی را به وجود آورد [۱۱،۱۲]. مهمترین کارکرد این عواطف منفی این است که فرد را از کنش و عملکرد کارآمد و سازنده دور نموده و ممکن است بستر ساز رفتارها و اقداماتی شود که به جای حل مشکلات، آنها را تشدید نمایند [۱۳،۱۴]. در چنین بستری، تردیدی برای استفاده از درمان‌های کارآمد و متناسب با مشکلات نوجوانان مواجه شده با شکست عاطفی باقی نمی‌ماند. ماهیت متمرکز بر آسیب شکست عاطفی و هیجانی در دوره نوجوانی، ممکن است طیف درمان‌های قابل استفاده را محدود نماید، چرا که هم دوره نوجوانی یک دوره خاص و ویژه است و هم شکست و ضربه عاطفی و هیجانی برآمده از روابط رمانتیک و عاشقانه، نسبت به دیگر آسیب‌ها و ضربه‌ها در نوجوانی محتوایی ویژه دارد. با توجه به همین نکته الزام استفاده از درمان‌های ویژه متناسب با شرایط نوجوانان و تجربه شکست عاطفی آنها، ضروری است. دو درمان متناسب با نیاز و شرایط نوجوانان دختر که تجربه شکست عاطفی را داشته‌اند، ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب هستند. ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی با استفاده از آموزه‌ها و تکنیک‌های درمانی و آموزش ایماگوتراپی متعارف، بر ایجاد بینش نسبت به خود، و تلاش برای غلبه بر مشکلاتی نظیر دفاع‌های ناکارآمد، اسنادهای علی‌ارزیابانه، گرایش‌های شخصیتی آسیب‌زا، علل انتخاب خودآگاه و ناخودآگاه و خویشتن تضعیف و انکار شده که خانواده در آن نقشی محوری دارند، در این مطالعه به عنوان درمانی ویژه برای اولین بار مطرح و معرفی شده است. کسب بینش نسبت به کارکردهای دفاعی من و گرایش‌های بنیادین شخصیتی آسیب‌آفرین برآمده از دوره تحول کودکی تا نوجوانی در ساحت روان یک نوجوان، سپس جستجوی ریشه‌های انتخاب فردی برای ایجاد پیوند عاطفی و هیجانی با دیگری و دلایل این انتخاب در متن ایماگوی شکل گرفته در دوران کودکی از عشق و رابطه ایده آل، و در نهایت پیوند این انتخاب خودآگاه یا ناخودآگاه (بر اساس مبانی نظری ایماگوتراپی وجه ناخودآگاه این انتخاب بسیار جدی تر است) با طیفی از ارزیابی‌های اسنادی و علی خود در تمامی عرصه‌های ظاهری و روانی، سازوکارهای اصلی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی هستند که به طور اختصاصی در مطالعه حاضر مطرح شده‌اند [۱۵، ۱۷، ۲۰]. این بنیانهای نظری و عملی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی برای دختران نوجوان اگرچه برای اولین بار در این مطالعه مطرح شده، همگرایی قابل توجهی با بنیانهای نظری و عملی ایماگوتراپی متعارف، نظیر بازسازی تصویر ارتباطی یا ایماگوی عشق و عاطفه درون نظام شناختی و عاطفی فرد، بازاریابی خود و تصمیمات مبتنی بر ایده‌آل‌های ناخودآگاه در مورد ارتباط و پیوند با انسان‌های مورد علاقه، دوری از خشم در روابط و تغییر



رفتارهای شکوه آمیز به رفتارهایی با ظرفیت تقویت رابطه و تعامل مثبت (مانند استفاده از درخواست به جای شکوه) دارند [۲۰-۱۵]. بدیع بودن ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی در مطالعه حاضر، در عمل امکان ارایه پژوهش های مرتبط را محدود می کند. با این حال، در طیفی از مطالعات قبلی اثربخشی ایماگوتراپی بر توانایی تنظیم هیجان و شکست [۱۵]، بر ترس از ارزیابی منفی [۱۷]، بر سلامت روان و اضطراب [۱۸]، بر حساسیت اضطرابی [۱۹] و بر ترس از ازدواج [۲۰] نشان داده شده است.

از طرف دیگر، علی رغم این که مواردی از شکست های عاطفی دوران نوجوانی ریشه در مسائل معطوف به ایماگوتراپی دارد، ولی به هر حال بخشی از واقعیت این است که صرف نظر از بنیان های ناخودآگاه و ریشه دار نهفته در دوران تحول کودکی و سپس نوجوانی، مسائلی نظیر شکست عاطفی، به مشکلات شناختی- رفتاری قبل و بعد از این نوع آسیب ها نیز ارتباط دارد [۲۱]. از منظر درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب، رخدادی مانند شکست و ضربه، بیش از آن که خود موجد مشکلاتی نظیر تجربه اضطراب ناتوان کننده و عواطف منفی باشند، به درگیر شدن نظام شناختی و رفتاری فرد (اعم از نظام بازیابی خاطرات، نظام های ارزیابی های شناختی و نظام افکار) در چرخه های معیوب، ناکارآمد و ناتوان کننده مربوط به تجربه ضربه یا آسیب مربوط می شود [۲۲]. بر همین اساس نیز این نوع درمان به شکلی جدی به شکستن چرخه های معیوب مورد اشاره همت گمارده و جایگزین ها و بدیل های کارآمدتر را در نظام شناختی و رفتاری فرد جایگزین موارد معیوب و ناکارآمد قبلی می نماید [۲۳، ۲۴]. شواهد در دسترس، از جمله مطالعه Hoppen و همکاران اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب را بر اضطراب و برانگیختگی و عواطف منفی [۲۳]، Syros و همکاران اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب را بر علائم اضطراب [۲۴] و مطالعه Jericho و همکاران [۲۵] و Gerger و همکاران [۲۶] نیز اثربخشی درمان متمرکز بر آسیب را بر نشانگان استرس پس از ضربه که اغلب با عواطف منفی و اضطراب پیوند دارد، نشان داده اند. نکته بسیار مهم که به شکلی تلویحی ضرورت انجام مطالعه حاضر را محرز می سازد، این است که مطالعات مورد اشاره در عمل تمرکز زیادی بر نوجوانان مواجه شده با شکست عاطفی و هیجانی نداشته اند. تلاش های صورت گرفته تا زمان گزارش این مطالعه نیز در عمل مطالعات بسیار بسیار محدودی را در استفاده از درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب برای دختران نوجوان آسیب دیده از شکست عاطفی به دست داد.

در مجموع با مروری بر پیشینه مطالعه حاضر، به نظر می رسد تلاش برای یاری دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی، چندان که شایسته بوده در مطالعات قبلی مد نظر قرار نگرفته (این امر با مروری بر جدیدترین پیشنهاد پژوهشی در دسترس به خوبی مشخص است) است. به همین دلیل برای اولین بار در مطالعه حاضر اقدام به تدوین مداخله ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی، بر اساس تمرکز بر پنج نیاز به دست آمده از مصاحبه با دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی، شامل دفاع های ناکارآمد، اسنادهای علی ارزیابانه، گرایشات شخصیتی آسیب زا، علل انتخاب خودآگاه و ناخودآگاه و خویشتن تضعیف و انکار شده خانواده محور شد. تمایز آشکار و ضرورت مطالعه حاضر نیز مطابق مطالعات فراوان در دسترس که به سمت جنبش ویژه سازی درمان ها متناسب با نیازهای هر گروه یا جمعیت های خاص (برای نمونه به Wamser-Nanney و همکاران [۲۲] مراجعه کنید)، همین طراحی و تدوین بسته درمانی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی برای دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی بوده است. از طرف دیگر در کمتر مطالعه ای تاکنون ایماگوتراپی (ویژه شکست عاطفی) در کنار درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب که با ضربه و شکست عاطفی تجربه شده برای نوجوانان تناسب قابل توجهی دارد، مورد مقایسه قرار گرفته است. در عمل، مقایسه دو رویکرد ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی با درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب، به دلیل محدود بودن تعداد درمان های مورد استفاده تاکنون [۱۵، ۱۶، ۲۲] برای دوران نوجوانی و در بستر متناسب سازی این درمان با نیازهای دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی، نیازی جدی برای دستیابی به طیفی از اثربخش ترین درمان ها برای نوجوانان است. به همین جهت مقایسه رویکرد ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب برای نوجوانان دختر می تواند فرصت افزایش رویکردهای مداخله ای توانمندساز برای این نوجوانان دختر را فراهم آورد. بنابراین مطالعه حاضر با تمرکز بر این سوال که آیا اثربخشی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی با درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب بر اضطراب و عواطف منفی دختران نوجوان تفاوت دارد؟ اجرا شده است.



## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی سه گروهی شامل یک گروه درمان ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی، یک گروه درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب یا ضربه و یک گروه کنترل با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری نوجوانان دختر دانش‌آموز مقطع متوسطه دوم در بهار و تابستان ۱۴۰۱ در شهر اصفهان که به سه مرکز مشاوره و روان‌درمانی متمرکز بر آسیب‌های نوجوانی در شهر اصفهان (هر مرکز برای یک گروه) بودند. ۴۸ دختر نوجوان، برای هر گروه ۱۶ نفر، بر پایه ملاک‌های ورود به صورت هدفمند انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه قرار گرفتند. برای تعیین حجم نمونه، بر اساس انحراف معیار سرمایه عاطفی در مطالعه پایلوت که برابر با ۷/۱۹ بود، مقدار  $Z$  در سطح اطمینان ۹۵ درصد برابر با ۱/۹۶، توان آزمون برابر با ۹۰ و در سطح یک دامنه مقدار  $Z$  برابر با ۱/۲۸ و مقدار حداقل خطا یا اختلاف (مقدار  $d$  در فرمول) برابر با ۵/۷ نمره در نظر گرفته شد و تعداد نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر برآورد گردید. با این حال برای احتمال ریزش در طول اجرای مطالعه، ۱۶ نفر نمونه برای هر گروه در مطالعه حاضر در نظر گرفته شد. فرمول استفاده شده به شرح زیر بود.

$$n = \frac{2\sigma^2 \left( Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{d^2} = 15 \frac{_{2}(4.24)^2 (1.96 + 1.28)^2}{5^2}$$

معیارهای ورود شامل کسب رضایت نامه کتبی از نوجوانان و والدین آنها، تمایل به شرکت در پژوهش، پذیرش و تعهد نسبت به اصول و قواعد گروهی آموزش، عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی مزمن نظیر اختلال دو قطبی، اسکیزوفرنی و مواردی از این دست و یا اختلالات مزمن جسمی، قرار نداشتن تحت درمان‌های روانپزشکی (دارو درمانی) و قرار داشتن در دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری یا عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات آموزش، عدم انجام تکالیف و غیبت ۲ جلسه و بیشتر در جلسات آموزشی بودند. علاوه بر اخذ کد اخلاق، اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل نوجوانان دختر برای ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام آموزش دو گروه آزمایش در مطالعه رعایت شده است. از ابزار زیر در پژوهش استفاده شد. پرسشنامه اضطراب (*Affective Capital Questionnaire*)؛ برای سنجش اضطراب، پرسشنامه ۷ سوالی Spritzer و همکاران که در سال ۲۰۰۶ تهیه شده استفاده شد. مقیاس پاسخ‌گویی این پرسشنامه چهار درجه‌ای (هرگز=۰ تا همیشه=۳) و دامنه نوسان امتیازات ۰ تا ۲۱ و افزایش امتیازات به معنای افزایش سطح اضطراب است [۲۷]. روایی سازه عاملی این پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس، روایی سازه واگرایی آن از طریق وجود همبستگی منفی بین نمرات حاصل از این پرسشنامه با امتیازات حاصل از پرسشنامه کیفیت زندگی و روایی همگرایی آن از طریق همبستگی مثبت بین امتیازات پرسشنامه اضطراب با افسردگی تایید شده است [۲۷]. نسخه‌ای از این پرسشنامه توسط نائینیان و همکاران در ایران بر روی دانشجویان و افراد دارای علایم اختلال اضطراب فراگیر اعتبارسنجی و استفاده شده است. به عنوان شواهدی از روایی سازه از نوع همگرایی این پرسشنامه، بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با امتیازات پرسشنامه اضطراب صفت و حالت و خرده مقیاس اضطراب چک لیست ۹۰ سوالی بازنگری شده همبستگی مثبت و معنادار و آلفای کرونباخ پرسشنامه نیز برابر با ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۸]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

**مقیاس عواطف منفی (*Negative Affect Scale*)**؛ جهت سنجش عواطف منفی از خرده مقیاس عواطف منفی و مثبت (*PANAS*) که توسط Clark و Watson ساخت و اعتباریابی شده، استفاده شد [۲۹]. این مقیاس شامل ۱۰ گویه است و فرد پاسخگو برای هر گویه از طریق مقیاس پاسخگویی پنج درجه‌ای تا حد کم یا هرگز=۱ تا به شدت=۵ پاسخ خود را ارایه می‌کند. بدین ترتیب نمره کل مقیاس دامنه‌ای از ۱۰ تا ۵۰ دارد و از امتیازات به معنای افزایش سطح عواطف منفی تجربه شده است. مطالعه Clark و Watson بر مبنای محاسبه همبستگی بین امتیازات حاصل از این مقیاس با امتیازات حاصل از مقیاس‌های ترس، خشونت، غمگینی و شرم به عنوان شواهدی از روایی همگرایی این مقیاس، همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد و آلفای کرونباخ این مقیاس نیز برابر با ۰/۸۵ گزارش شده است [۳۰، ۲۹]. این پرسشنامه تاکنون در مطالعات مختلفی در ایران استفاده و روایی و پایایی آن به خوبی مستند و تایید شده است [۳۰]. برای نمونه، حسنی و نادری در مطالعه خود همبستگی مثبت و منفی معناداری را به ترتیب بین امتیازات حاصل از این مقیاس و تجارب عاطفی مثبت و منفی اسپین به دست آوردند [۳۰]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که پس از گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در سه گروه، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون نوجوانان دختر به پرسشنامه اضطراب و عواطف منفی پاسخ دادند. به دنبال آن هر یک از دو گروه درمانی، به صورت گروهی، در دوره درمان خود در یک



مرکز مشاوره شرکت نمودند. پس از پایان جلسات آموزش، دختران نوجوان هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و سپس با فاصله دو ماه بعد در مرحله پیگیری مجدد به پرسشنامه اضطراب و عواطف منفی پاسخ دادند. ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب یا ضربه در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته یک جلسه و در کل طی ۱۰ هفته پی در پی توسط درمانگر دارای ۱۰ سال و بیشتر سابقه درمان کار با نوجوانان تحت درمانی قرار گرفتند. گروه کنترل تا اتمام دو گروه آزمایش، درمانی دریافت نمود. گروه درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب یا ضربه از طریق پروتکل درمانی Free [۳۱] که قبلاً در ایران استفاده و اعتبار سنجی شده [۲۱] تحت درمان قرار گرفتند. بسته ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی برای اولین بار در این مطالعه تدوین و پس از اعتبارسنجی اولیه مورد استفاده قرار گرفت. فرایند تدوین این بسته درمانی، به این صورت بود که ابتدا از طریق تحلیل مضمون مصاحبه انجام شده با ۲۵ نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی به شیوه براون و کلارک [۳۲]، مضامین مضامین اصلی و پایه برای بسته ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی استخراج گردید. در این مرحله نسبت روایی محتوایی (CVR) که از طریق سه کدگذار مستقل محاسبه گردید برابر با ۱ به دست آمد. پس از آن، فنون درمانی برای هر یک از مضامین از طریق تحلیل محتوای متعارف استخراج و سپس توسط یک پنل تخصصی متشکل از ۶ متخصص روان‌شناس با بیش از ۱۰ سال سابقه آموزش و درمان، ترکیب فنون آموزشی برای بسته ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی برای ۱۰ جلسه به ترتیب تعیین و بسته درمانی اولیه تدوین گردید. سپس بسته تدوین شده توسط شش داور متخصص حوزه روان‌شناسی بررسی و پس از اعمال اصلاحات داوران، ضریب توافق کلی ۰/۹۴ برای بسته درمانی به دست آمد. پس از تایید تخصصی، طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) اثربخشی مقدماتی بسته طراحی شده بر روی ۸ نوجوان دختر مواجه شده با شکست عاطفی اجرا، و اعتبار اولیه بسته تایید شد. خلاصه جلسات ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

### جدول ۱: شرح جلسات ایماگو تراپی ویژه شکست عاطفی دختران نوجوان (تدوین شده برای مطالعه حاضر)

| جلسه و هدف   | محتوای جلسات درمان  |
|--|---|
| اول: معارفه، قرارداد و آغاز درمان  | آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، تمرکز بر بررسی عمیق علل انتخاب خودآگاه و ناخودآگاه، گفت و گو درباره شکست عاطفی و تجربه اعضا در این زمینه، آشنایی اعضا با مفاهیم ایماگوتراپی و تصویر سازی ارتباطی، تکنیک تحلیلی و درمانی تصویرسازی خانه، تصویرسازی عشق رمانتیک، اجرای پرسشنامه خودشناسی، ارایه تکلیف در منزل              |
| دوم: درمان متمرکز بر علل انتخاب و اسنادهای علی سوم: درمان متمرکز بر خویشتن تضعیف و انکار شده | بررسی تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر بررسی عمیق علل انتخاب خودآگاه و ناخودآگاه و اسنادهای علی ارزیابانه، تکنیک تحلیلی و درمانی پیش نگری ایماگو، ناکامی ها در رابطه، کشف رابطه ناهشیار، جمع بندی جلسه، ارائه تکلیف منزل   |
| چهارم: ادامه درمان متمرکز بر خویشتن تضعیف و انکار شده  | بررسی تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر بررسی عمیق خویشتن تضعیف و انکار شده خانواده محور، تکنیک تحلیلی و درمانی کشف ساختار ایماگو، ناکامی های دوران کودکی، تصویرسازی رابطه والدین، جمع بندی جلسه، ارائه تکلیف منزل  |
| پنجم: درمان متمرکز بر گرایشات شخصیتی آسیب‌زا   | بررسی تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر بررسی عمیق گرایشات شخصیتی آسیب‌زا، آشنایی با مراحل دلبستگی، تکنیک های تحلیلی و درمانی کشف زخم های کودکی در مراحل رشد، سازگاری با زخم کودک چسبنده، سازگاری با زخم کودک انزوا طلب و دوپاره، سازگاری با زخم کودک انعطاف ناپذیر، سازگاری با زخم کودک رقابتی ناتوان، جمع بندی جلسه، ارائه تکلیف منزل |
| ششم: ادامه درمان متمرکز بر گرایشات شخصیتی آسیب‌زا و اسنادهای علی                             | بررسی تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر بررسی عمیق گرایشات شخصیتی آسیب‌زا و اسنادهای علی ارزیابانه، تکنیک تحلیلی و درمانی سازگاری با زخم کودک تنها یا جمع گرا، سازگاری با زخم کودک انعطاف ناپذیر، آیا من یک بزرگ جلوه دهنده هستم یا کوچک جلوه دهنده؟، برداشتن نقاب ایماگو، جمع بندی جلسه، ارائه تکلیف منزل                              |



|  |  |
|--|--|
| هفتم: درمان متمرکز بر دفاع های ناکارآمد و اسنادهای علی               | بررسی تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر بررسی عمیق دفاع های ناکارآمد و اسنادهای علی ارزیابانه، تکنیک تحلیلی و درمانی ایجاد پناهگاه امن، تکنیک درمانی هاگومی، شناسایی و توصیف احساسات، جمع بندی جلسه، ارائه تکلیف منزل علی                                  |
| هشتم: ادامه درمان متمرکز بر دفاع های ناکارآمد و علل انتخاب ناخودآگاه | بررسی تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر بررسی عمیق دفاع های ناکارآمد و علل انتخاب ناخودآگاه، تکنیک تحلیلی و درمانی تجسم عشق، ابراز خشم و بستن خروجی های اضافه، بیان و تخلیه خشم در یک محیط امن و سازنده، تغییر رفتار منفی، جمع بندی جلسه، ارائه تکلیف منزل |
| نهم: ادامه درمان متمرکز بر دفاع های ناکارآمد                         | بررسی تکالیف جلسه قبل، ادامه تمرکز بر بررسی عمیق دفاع های ناکارآمد، تکنیک درمانی گفتگوی هدفمند، سازمان دهی مجدد به ناکامی، جمع بندی جلسه، ارائه تکلیف منزل   |
| دهم: ادامه درمان متمرکز بر دفاع های ناکارآمد و اختتام جلسات درمان    | بررسی تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر بررسی عمیق دفاع های ناکارآمد، تکنیک درمانی درخواست تغییر رفتار، فعالیت های نشاط آور، جمع بندی جلسات  |

## جدول ۲: شرح جلسات درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب یا ضربه (فری، ۲۰۰۷)

| جلسه و هدف                | محتوای جلسات درمان   |
|---------------------------|--|
| اول: معارفه و قرارداد     | آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، طرح مبحث عشق، انواع و دلایل آن، طرح مبحث سوگ، علایم و نشانه‌ها، بیان انتظارات و طرح اهداف درمان شناختی رفتاری و مروری بر ساختار جلسات.                      |
| دوم: مفهوم سازی مورد      | تمرین تصویرسازی ذهنی، مفهومی سازی تفکر (باور)، احساس و هیجان، توضیح مدل، بیان باورهای مرکزی و افکار خود آیند منفی، دادن تکلیف خانگی شناسایی افکار  |
| سوم: چالش با افکار        | بررسی تکالیف جلسه پیشین، شناخت موقعیتهای تحریککننده و تداوم بخش، آموزش شیوههای رفتاری از جمله توجه برگردانی، ترک موقعیت، استفاده از حمایت اجتماعی و فعالیتهای لذتبخش یا آرامشبخش. دادن تکلیف خانگی |
| چهارم: راهکارهای عملی     | بررسی تکالیف جلسه پیشین، القاء فکر، به چالش کشیدن باورها، روش پیکان عمودی رو به پایین، پیکان رو به پایین پیشرفته، تمرین چند پیکان رو به پایین دیگر، تمرین بازداری ارادی کرتکس، دادن تکلیف خانگی    |
| پنجم: باورهای بنیادین     | بررسی تکالیف جلسه قبل، شناسایی باورهای بنیادین، ارزیابی نگرانی ها و احساسات منفی، جایگزینی باورهای کارآمد، دادن تکلیف خانگی  |
| ششم: آرام سازی            | بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش آرام سازی، راهبردهای تنبیه خود و خود پاداش دهی، راهبردهای نگه دارنده، پردازش اطلاعات، خطاهای شناختی، دادن تکلیف خانگی   |
| هفتم: تغییر رفتار         | مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه ششم، آزمون باورها، بیان تحلیل عینی و تحلیل استاندارد، دادن تکلیف خانگی  |
| هشتم: قطع ارتباط با گذشته | مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه هفتم، تمرین آرمیدگی ۱۶ مرحله‌ای جاکوبسن، قطع ارتباط با یادبودهای عشق از دسترفته و سیستم خودپاداشی و خودتنبیهی، دادن تکلیف خانگی                                     |
| نهم: تحلیل منطقی          | آرمیدگی عضلانی، آموزش و تمرین تحلیل کارآمدی و تحلیل هماهنگی، دادن تکلیف خانگی. مرور و بررسی تکالیف جلسه نهم، آموزش و تمرین تحلیل منطقی، ساخت سلسله مراتب، دادن تکلیف خانگی                         |
| دهم: نتیجه و جمع بندی     | بررسی تکالیف جلسات قبل، مرور جلسات و پاسخ گویی دغدغه ها درخصوص ختم درمان، پیشگیری از عود   |

در تحلیل آماری داده‌ها، علاوه بر استفاده از تحلیل پیش فرضهای لازم نظیر پیش فرض نرمالیتی از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، پیش فرض برابری واریانس خطا از طریق آزمون لون، پیش فرض برابری شیب خطوط رگرسیون از طریق تحلیل رابطه تعاملی پیش آزمون با عضویت گروهی، و پیش فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون ام باکس، از میانگین و انحراف معیار و سپس از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. لازم



به ذکر است که بررسی همبستگی دو متغیر اضطراب و عواطف منفی نشان داد که همبستگی متوسط به بالا (۰/۶۵ و معنادار در سطح ۰/۰۱) بین این دو متغیر وجود دارد و در عین حال گروه های مورد مطالعه در پیش آزمون با یکدیگر دارای تفاوت معنادار هستند، لذا به جای تحلیل واریانس میکس از تحلیل کوواریانس استفاده شد. داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

### یافته ها

سه گروه پژوهش از نظر سن پدر، سن مادر، ترتیب تولد و تعداد فرزندان با یکدیگر از طریق آزمون کای دو مورد مقایسه قرار گرفتند. نتیجه این تحلیل نشان داد که در متغیرهای جمعیت شناختی مورد اشاره بین سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۳).

**جدول ۳: مقایسه فراوانی گروه های پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی**

| متغیر و سطوح آن      | گروه کنترل<br>فراوانی (%) | گروه ایماگوتراپی ویژه<br>شکست عاطفی<br>فراوانی (%) | گروه شناختی-رفتاری<br>فراوانی (%) | مقدار کای دو (مقدار<br>احتمال) |
|----------------------|---------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| <b>سن پدر</b>        |                           |  |                                   |                                |
| تا ۳۵ سال            | ۹ (۵۶/۲۵)                 | ۵ (۲۹/۴۱)  | ۵ (۳۱/۲۵)                         | ۴/۲۳ (P=۰/۱۹)                  |
| ۳۶ تا ۴۵ سال         | ۵ (۳۱/۲۵)                 | ۹ (۵۲/۹۴)  | ۹ (۵۶/۲۵)                         |                                |
| ۴۶ سال و بالاتر      | ۲ (۱۲/۵)                  | ۳ (۱۷/۶۴)  | ۲ (۱۲/۵)                          |                                |
| <b>سن مادر</b>       |                           |  |                                   |                                |
| تا ۳۵ سال            | ۱۲ (۷۵)                   | ۱۰ (۵۸/۸۲)   | ۸ (۵۰)                            | ۴/۳۱ (P=۰/۱۸)                  |
| ۳۶ تا ۴۵ سال         | ۳ (۱۸/۷۵)                 | ۶ (۳۵/۲۹)  | ۷ (۴۳/۷۵)                         |                                |
| ۴۶ سال و بالاتر      | ۱ (۶/۲۵)                  | ۱ (۵/۸۸)   | ۱ (۶/۲۵)                          |                                |
| <b>ترتیب تولد</b>    |                           |  |                                   |                                |
| فرزند اول            | ۱۳ (۸۱/۲۵)                | ۱۰ (۵۸/۸۲)   | ۱۲ (۷۵)                           | ۱/۳۵ (P=۰/۱۹)                  |
| فرزند دوم و بالاتر   | ۳ (۱۸/۷۵)                 | ۷ (۴۱/۱۸)  | ۴ (۲۵)                            |                                |
| <b>تعداد فرزندان</b> |                           |  |                                   |                                |
| یک فرزند             | ۸ (۵۰)                    | ۷ (۴۱/۱۸)  | ۹ (۵۶/۲۵)                         | ۱/۲۷ (P=۰/۳۱)                  |
| دو فرزند و بیشتر     | ۸ (۵۰)                    | ۱۰ (۵۸/۸۲)   | ۷ (۴۳/۷۵)                         |                                |

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار اضطراب و عواطف منفی به تفکیک سه گروه پژوهش و سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است. نتایج بررسی میانگین اضطراب و عواطف منفی نشان داد که دو گروه ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه کنترل تغییرات بیشتری را در پس آزمون و مرحله پیگیری نشان داده اند (جدول ۴).



**جدول ۴:** میانگین و انحراف معیار اضطراب و عواطف منفی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله زمانی

| متغیر      | زمان      | گروه کنترل |              | گروه ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی |              | گروه شناختی-رفتاری |              |
|------------|-----------|------------|--------------|----------------------------------|--------------|--------------------|--------------|
|            |           | میانگین    | انحراف معیار | میانگین                          | انحراف معیار | میانگین            | انحراف معیار |
| اضطراب     | پیش‌آزمون | ۱۲/۵۶      | ۳/۵۲         | ۱۲/۳۰                            | ۴            | ۱۲/۵۶              | ۳/۲۶         |
|            | پس‌آزمون  | ۱۳/۶۲      | ۲/۰۹         | ۹/۳۵                             | ۲/۵۰         | ۹/۵                | ۲/۶۸         |
|            | پیگیری    | ۱۴         | ۲/۴۵         | ۱۱/۷۰                            | ۳/۲۰         | ۹/۶۹               | ۲/۴۹         |
| عواطف منفی | پیش‌آزمون | ۲۷/۳۷      | ۴/۴۸         | ۲۸/۴۱                            | ۵/۹۱         | ۳۱/۳۱              | ۴/۳۶         |
|            | پس‌آزمون  | ۲۴/۶۹      | ۲/۹۶         | ۲۶/۰۶                            | ۵/۰۸         | ۳۳/۸۱              | ۳/۲۳         |
|            | پیگیری    | ۲۴/۹۴      | ۱/۸۸         | ۲۶/۶۵                            | ۳/۶۲         | ۳۲/۲۵              | ۲/۵۲         |

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، نتایج آزمون Shapiro-Wilk در متغیر اضطراب و عواطف منفی حاکی از نرمال بودن توزیع این دو متغیر ( $p \geq 0/05$ ) و نتایج آزمون Levene نیز حاکی از برابری واریانس گروه‌های مطالعه برای این دو متغیر بود ( $p \geq 0/05$ ). آزمون M Box نیز برای اضطراب و عواطف منفی حاکی از برابری ماتریس واریانس-کوواریانس و تعامل عضویت گروهی با پیش‌آزمون نیز حاکی از برابری شیب خطوط رگرسیون بود ( $p \geq 0/05$ ). پس از بررسی پیش فرض‌ها، نتایج تحلیل کوواریانس در متغیر اضطراب برای پس‌آزمون ( $F=16/08$ ،  $df=2$  و  $p < 0/01$ ) و پیگیری ( $F=9/87$ ،  $df=2$  و  $p < 0/01$ ) نشان داد پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، اثر گروه معنادار است، به این معنی که حداقل بین یکی از دو گروه ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و درمان شناختی-رفتاری با یکدیگر و یا با گروه کنترل در اضطراب در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۵). نتایج تحلیل کوواریانس برای عواطف منفی نشان داد، اثر گروه در پس‌آزمون ( $F=22/13$ ،  $df=2$  و  $p < 0/01$ ) و پیگیری ( $F=24/14$ ،  $df=2$  و  $p < 0/01$ ) شان داد پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، اثر گروه معنادار است، به این معنی که حداقل بین یکی از دو گروه ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و درمان شناختی-رفتاری با یکدیگر و یا با گروه کنترل در عواطف منفی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۵).

**جدول ۵:** نتایج تحلیل کوواریانس برای اضطراب و عواطف منفی در پس‌آزمون و پیگیری

| متغیر و منبع اثر      | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | ضریب F | معناداری | مجذور سهمی اتا | توان آزمون |
|-----------------------|---------------|------------|-----------------|--------|----------|----------------|------------|
| اضطراب (پس‌آزمون)     | اثر پیش‌آزمون | ۱          | ۴/۰۱            | ۰/۶۷   | ۰/۴۲     | ۰/۰۱۵          | ۰/۱۳       |
|                       | اثر گروه      | ۲          | ۱۹۲/۷۴          | ۱۶/۰۸  | ۰/۰۰۱    | ۰/۴۲           | ۰/۹۹       |
|                       | خطا           | ۴۵         | ۲۶۹/۶۲          | ۵/۹۹   | -        | -              | -          |
|                       | کل            | ۴۸         | ۴۶۳/۹۶          | -      | -        | -              | -          |
| پیگیری (اضطراب)       | اثر پیش‌آزمون | ۱          | ۶/۶۶            | ۰/۸۸   | ۰/۳۵     | ۰/۰۱۹          | ۰/۱۵       |
|                       | اثر گروه      | ۲          | ۱۴۹/۲۹          | ۷۴/۶۴  | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۰۵          | ۰/۹۸       |
|                       | خطا           | ۴۵         | ۳۴۰/۳۱          | ۷/۵۶   | -        | -              | -          |
|                       | کل            | ۴۸         | ۴۹۵/۹۶          | -      | -        | -              | -          |
| عواطف منفی (پس‌آزمون) | اثر پیش‌آزمون | ۱          | ۲۲۴/۷۹          | ۲۲۴/۷۹ | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۲           | ۰/۹۹       |
|                       | اثر گروه      | ۲          | ۴۶۸/۱۲          | ۲۳۴/۰۶ | ۰/۰۰۱    | ۰/۵۰           | ۱          |
|                       | خطا           | ۴۵         | ۴۷۶/۰۲          | ۱۰/۵۸  | -        | -              | -          |
|                       | کل            | ۴۸         | ۱۴۸۰            | -      | -        | -              | -          |



|      |      |       |       |        |    |        |               |                     |
|------|------|-------|-------|--------|----|--------|---------------|---------------------|
| ۰/۴۴ | ۰/۰۷ | ۰/۰۷  | ۳/۴۴  | ۲۵/۴۱  | ۱  | ۲۵/۴۱  | اثر پیش‌آزمون | عواطف منفی (پیگیری) |
| ۱    | ۰/۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۲۴/۱۴ | ۱۷۸/۳۱ | ۲  | ۳۵۶/۶۳ | اثر گروه      |                     |
| -    | -    | -     | -     | ۷/۳۹   | ۴۵ | ۳۳۲/۴۱ | خطا           |                     |
| -    | -    | -     | -     | -      | ۴۸ | ۸۲۷/۶۷ | کل            |                     |
| -    | -    | -     | -     | -      | -  | -      | -             |                     |

برای تعیین تفاوت دو به دو گروه‌های سه گانه پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد در متغیر اضطراب در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، بین ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.01$ )، اما دو درمان با یکدیگر دارای تفاوت معنادار نیستند ( $p > 0.05$ ). در عواطف منفی نیز در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین دو درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p > 0.05$ )، ولی بین اثربخشی دو درمان با گروه کنترل تفاوت معنادار بود ( $p < 0.01$ ) (جدول ۶).

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای اضطراب و عواطف منفی

| متغیر                 | ردیف | گروه مینا              | گروه مورد مقایسه       | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد | معناداری |
|-----------------------|------|------------------------|------------------------|------------------|----------------|----------|
| اضطراب (پس‌آزمون)     | ۱    | شناختی-رفتاری          | ایماگوتراپی شکست عاطفی | ۰/۲۱             | ۰/۸۶           | ۱        |
|                       | ۲    | شناختی-رفتاری          | کنترل                  | -۴/۱۲            | ۰/۸۶           | ۰/۰۰۱    |
|                       | ۳    | ایماگوتراپی شکست عاطفی | کنترل                  | -۴/۳۳            | ۰/۸۶           | ۰/۰۰۱    |
| اضطراب (پیگیری)       | ۱    | شناختی-رفتاری          | ایماگوتراپی شکست عاطفی | -۱/۹۴            | ۰/۹۶           | ۰/۱۵     |
|                       | ۲    | گروه شناختی-رفتاری     | کنترل                  | -۴/۳۱            | ۰/۹۷           | ۰/۰۰۱    |
|                       | ۳    | ایماگوتراپی شکست عاطفی | کنترل                  | -۲/۶۷            | ۰/۹۶           | ۰/۰۴۳    |
| عواطف منفی (پس‌آزمون) | ۱    | شناختی-رفتاری          | ایماگوتراپی شکست عاطفی | -۰/۹۱            | ۱/۱۴           | ۱        |
|                       | ۲    | شناختی-رفتاری          | کنترل                  | -۷/۳۸            | ۱/۲۱           | ۰/۰۰۱    |
|                       | ۳    | ایماگوتراپی شکست عاطفی | کنترل                  | -۶/۴۷            | ۱/۱۷           | ۰/۰۰۱    |
| عواطف منفی (پیگیری)   | ۱    | شناختی-رفتاری          | ایماگوتراپی شکست عاطفی | -۱/۵۵            | ۰/۹۵           | ۰/۳۳     |
|                       | ۲    | شناختی-رفتاری          | کنترل                  | -۶/۷۳            | ۱/۰۱           | ۰/۰۰۱    |
|                       | ۳    | ایماگوتراپی شکست عاطفی | کنترل                  | -۵/۱۷            | ۰/۹۷           | ۰/۰۰۱    |

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی با درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب و عواطف منفی دختران نوجوان انجام پذیرفت. نتایج نشان داد که دو مداخله ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی با درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب و عواطف منفی دختران نوجوان اثربخش هستند. تطبیق دقیق اثربخشی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی بر اضطراب و عواطف منفی در مطالعه حاضر، به دلیل نوین بودن بسته درمانی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و عدم دسترسی به مطالعات منطبق با این بسته درمانی، در جستجوهای مکرر انجام گرفته، به نتیجه ای نینجامید. با این حال در مطالعاتی نظیر مطالعه نظامی و همکاران اثربخشی ایماگوتراپی بر تنظیم هیجان (که در آن مواجهه و مدیریت هیجان‌ها و عواطف منفی در کنار هیجان‌های مثبت مد نظر است) [۱۵]، در مطالعه قاندرشیری و اکبری زاده اثربخشی ایماگوتراپی بر کاهش ترس از ارزیابی منفی [۱۷]، در مطالعه فراهانی و همکاران اثربخشی یکسان ایماگوتراپی و درمان مبتنی بر پذیرش و تمهد بر اضطراب به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت روان پائین [۱۸]، در مطالعه نداف و همکاران اثربخشی ایماگوتراپی بر حساسیت اضطرابی [۱۹] و در مطالعه فریدون پور و همکاران اثربخشی یکسان ایماگوتراپی و طرحواره درمانی بر ترس از ازدواج که ریشه اضطرابی دارد، نشان داده شده است. اگرچه مطالعات مورد اشاره به ندرت بر دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی تمرکز داشته‌اند، ولی به هر حال



به دلیل همپوشی ایماگوتراپی متعارف با ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و متغیرهایی مانند تنظیم هیجان، ترس از ارزیابی منفی، حساسیت اضطرابی و ترس از ازدواج با اضطراب و عواطف منفی، می‌توان گفت نتایج مطالعه حاضر در حوزه اثربخشی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی بر اضطراب و عواطف منفی با نتایج مطالعات مورد اشاره همسویی دارد.

اثربخشی ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی بر کاهش اضطراب و عواطف منفی در دختران نوجوان بر کسب بینش و تغییر دفاع‌های ناکارآمد به دلیل عدم حل مسئله و موانع موجود موجبات تشدید اضطراب و عواطف منفی می‌شوند به دفاع کارآمد و موثر [۱۷]، در کنار جایگزینی تصویر خویشتن تضعیف شده و ناتوان و اسنادهای علی درونی مرتبط با این خویشتن تضعیف شده [۱۸]، در ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی مربوط است. به لحاظ ماهیت، شکست عاطفی در فضای مرتبط با تصویر رابطه عاطفی ایده‌آل در نوجوانان دختر، وقتی از طریق روش‌های ناکارآمد دفاعی برآمده از تصویر خویشتن تضعیف و سرزنش شده به نتیجه قابل قبولی منتهی نمی‌شود، اولین برآیندش احساس شکست و ناتوانی در غلبه و حل بنیادین شکست عاطفی خواهد بود. احساس شکست و ناتوانی، عواطفی نظیر ترس و نگرانی از حال و آینده خود، خشم و شرمساری نسبت به خود ناتوان و ضعیف و در نهایت اضطراب را به ارمغان می‌آورد. با تعدیل تصویر خود به موجودی دارای ظرفیت‌های نهفته غیرقابل استفاده و توانمندتر، بستر برای به کارگیری سازوکارهای دفاعی کارآمدتر و حل‌کننده مسائل فراهم و در ادامه سطح اضطراب و عواطف منفی دختران دارای شکست عافی فراهم و مهیا می‌شود. از طرف دیگر، با تسلط و کسب بینش در مورد انتخاب‌های خودآگاه و ناخودآگاه خود در بستر گرایشات شخصیتی خود در ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی، سطح اعتماد به تصمیمات خود برای آینده تقویت شده و این مسیر نیز موجبات کاهش اضطراب و عواطف منفی را فراهم می‌نماید.

بخش دیگری از نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری نیز بر کاهش اضطراب و عواطف منفی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخش است. این نتیجه در پژوهش حاضر با نتایج مطالعه Hoppen و همکاران در باره اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر اضطراب و عواطف مرتبط با آن [۲۳]، با نتایج مطالعه Syros و همکاران در باره اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر علائم اضطراب [۲۴] و با نتایج مطالعه Jericho و همکاران [۲۵] و Gerger و همکاران [۲۶] در باره اثربخشی درمان متمرکز بر آسیب بر نشانگان استرس پس از ضربه، همسویی نشان می‌دهد. اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر کاهش اضطراب و عواطف منفی در مطالعه حاضر، از نظر تبیین، با سازوکارهای فعال بازسازی شناختی، رفتاری و به تبع آن برخی بازسازی‌های عاطفی و هیجانی که پس از تعدیل و اصلاح شناختی و رفتاری رخ می‌دهد مربوط است. درمان شناختی-رفتاری، و به ویژه درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب، زیربنای اضطراب و عواطف منفی را شکل‌گیری چرخه‌های معیوب ارزیابی شناختی از خود و موقعیت‌های پیرامون که در بیشتر موارد ماهیت غیرمنطقی، مبالغه آمیز، تعمیم یافته و منفی دارند، می‌داند [۲۱]. در واقع، زمانی که به هر دلیل فرد موقعیت محدود و یا واقعه محدودی را تعمیم یافته و منفی تلقی نموده و خود را در خودگویی‌های درون نظام شناختی، ضعیف و ناتوان تفسیر می‌نماید، وقوع اضطراب و سپس عواطفی مانند خشم، گناه، شرم و مواردی از این دست، کاملاً طبیعی است [۲۲]. از طرف دیگر اضطراب حاصل از ارزیابی‌های شناختی مورد اشاره، خود در مراتب بعدی به تشدید فضای رفتاری و شناختی منفی کمک نموده و به این ترتیب افت جدی توانایی تصمیم‌گیری و واکنش صحیح به موقعیت از دست می‌رود [۲۳]. این چرخه تکرار شونده منفی، لازم است به صورت اساسی با تغییر ارزیابی‌های تعمیم یافته، غیرمنطقی و منفی در دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی مورد بازنگری و اصلاح قرار گیرد. با اصلاح و تعدیل باورها و ارزیابی‌های منفی از خود و پدیده‌ها، به شکلی منطقی اضطراب و عواطف منفی کاهش و امکان جایگزینی ارزیابی‌های مثبت به جای ارزیابی‌های منفی فراهم می‌شود.

از طرف دیگر در مطالعه حاضر دو درمان ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی و درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر آسیب، بر کاهش اضطراب و عواطف منفی در دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی اثربخشی یکسانی را نشان دادند. اثربخشی یکسان ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی با درمانی با قدمت و سوابق درخشان، یعنی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر آسیب، در راستای تصریح هدف بسط و گسترش درمان‌های قابل استفاده برای دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی که از مهمترین اهداف و ضرورت‌های مطالعه حاضر بوده، می‌توان تلقی نمود. اما تبیین این اثربخشی یکسان دو رویکرد درمانی بر اضطراب و عواطف منفی، به انعطاف‌پذیری و قابلیت تاثیرپذیری نوجوانان دختر برای مقابله با اثرات شکست عاطفی و اضطراب و عواطف منفی وابسته به آن مربوط است. به این مفهوم که دختران آسیب دیده از شکست عاطفی، چه از طریق کسب بینش و ایجاد تغییرات سازگاران به موقعیت خود در مواجهه با دفاع‌های ناکارآمد، اسنادهای علی ارزیابانه، گرایشات شخصیتی آسیب‌زا، علل انتخاب خودآگاه و ناخودآگاه و خویشتن تضعیف و انکار شده (که در ایماگوتراپی ویژه



شکست عاطفی محوریت دارند) و چه از طریق بازسازی نظام ارزیابی و کنش و واکنش شناختی و رفتاری (که در درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر آسیب محوریت دارند)، قادر به بهبود شرایط و موقعیت خود هستند.

### نتیجه گیری

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که دو مداخله ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی با درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب و عواطف منفی دختران نوجوان اثربخش هستند. از آنجایی که کاهش اضطراب و عواطف منفی می‌تواند شرایط روانی-اجتماعی و عملکردی دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی را بهبود جدی ببخشند، پیشنهاد می‌شود که دو درمان مورد اشاره، به عنوان درمانهایی موثر برای دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی در مراکز مشاوره در آموزش و پرورش و در مراکز خصوصی مشاوره و درمان روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرند. در پایان لازم است توجه شود که مطالعه حاضر در عمل دارای محدودیت‌هایی بوده است. از جمله این که، مطالعه بر روی دختران نوجوان مواجه شده با شکست عاطفی انجام شده، بنابراین در تعمیم نتایج به دختران جوان و یا گروه پسران نوجوان و جوان لازم است احتیاط شود. سنجش‌ها در مطالعه حاضر از طریق پرسشنامه که احتمال دارد با مطلوب‌نمایی اجتماعی و اطلاعات نه چندان عمیق همراه باشد، انجام پذیرفته است. در سطح پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آینده ایماگوتراپی ویژه شکست عاطفی با درمان شناختی-رفتاری را از لحاظ اثربخشی علاوه بر اضطراب و عواطف منفی، بر روی متغیرهایی نظیر افکار خودکشی، امید به زندگی و شاخص‌های بهزیستی عاطفی و روان‌شناختی در کنار سنجش‌های عمیق‌تر از طریق مصاحبه در کنار پرسشنامه مورد مقایسه و مطالعه قرار دهند.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران مطالعه حاضر بر خود وظیفه می‌دانند از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه حاضر، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

### تضاد منافع

برحسب اعلام نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان مطالعه حاضر وجود ندارد.

### ملاحظات اخلاقی

این پژوهش بخشی از رساله دکتری تخصصی در رشته روان‌شناسی و دارای کد اخلاق (IR.IAU.KHUISF.REC.1402.034) از کمیته اخلاق در پژوهش علمی دانشگاه می‌باشد.

### حمایت مالی

این پژوهش با هزینه شخصی نگارندگان انجام شده است.



## References

1. Petersen E, Fiske AP, Schubert TW. The role of social relational emotions for human-nature connectedness. *Front Psychol.* 2019;10:2759. [doi: 10.3389/fpsyg.2019.02759](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02759)
2. Beltrán-Morillas AM, Villanueva-Moya L, Sánchez-Hernández MD, Alonso-Ferres M, Garrido-Macías M, Expósito F. Infidelity in the adolescence stage: The roles of negative affect, hostility, and psychological well-being. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(5):4114. [doi: 10.3390/ijerph20054114](https://doi.org/10.3390/ijerph20054114).
3. Habib habibpourgatabi K, Ghaderi S, Amiri Z. The fields and consequences of friendship with the opposite sex: A phenomenological study among students at Kharazmi university. *Social Welfare Quarterly.* 2019;19(72):195-242. [Persian]
4. Mesbahi E, AmiriMajd M, Ghamari M, Bazazian S. Development of a model to predict emotional failure in students according to personal factors and initial maladaptive schemas and quality of love relationships. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology,* 2019;25(1):42-55. [Persian]
5. Younesi N, Fatehizadeh M. Lived experience of women having emotional relationships with the opposite sex before marriage. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing.* 2023;10(6):26-38. [Persian]
6. Rokach A, Chan SH. Love and infidelity: Causes and consequences. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(5):3904. [doi: 10.3390/ijerph20053904](https://doi.org/10.3390/ijerph20053904)
7. Kansky, J. What's love got to do with it?: Romantic relationships and well-being. In Diener E, Oishi S, Tay L (Eds.), *Handbook of well-being* (pp. 1-24). Salt Lake City, UT: DEF Publishers; 2018.
8. Zarghi A. A study of relationship between love with depression and anxiety in married individuals. *Int Clin Neurosci J.* 2014;1(1):1-5.
9. Barzeva SA, Richards JS, Meeus WHJ, . Social withdrawal and romantic relationships: A longitudinal study in early adulthood. *J Youth Adolescence.* 2021; 50:1766–1781. [doi:10.1007/s10964-021-01469-1#citeas](https://doi.org/10.1007/s10964-021-01469-1#citeas)
10. Wilder S, Scott CL, Chavarin MA. Breaking up is hard to do: Investigating breakup distress and sexual regret in undergraduates' casual and committed sexual relationships. in Hernández AJC, Blair SL (Ed.), *Conjugal trajectories: Relationship beginnings, change, and dissolutions (Contemporary Perspectives in Family Research, Vol. 22)*, Emerald Publishing Limited, Bingley. 2023;25-40. [doi.org/10.1108/S1530-353520230000022002](https://doi.org/10.1108/S1530-353520230000022002)
11. Asselmann E, Specht J. Changes in happiness, sadness, anxiety, and anger around romantic relationship events. *Emotion.* 2023;23(4):986-996. [doi:10.1037/emo0001153](https://doi.org/10.1037/emo0001153)
12. Kashdan TB, Volkman JR, Breen WE, Han S. Social anxiety and romantic relationships: the costs and benefits of negative emotion expression are context-dependent. *J Anxiety Disord.* 2007;21(4):475-492. [doi:10.1016/j.janxdis.2006.08.007](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.007)
13. Fardis M. Expression and regulation of emotions in romantic relationships. Unpublished Doctoral Dissertation in Clinical Psychology, The University of Montana, Missoula, MT. 2007;1-133.
14. Beltrán-Morillas AM, Valor-Segura I, Expósito F. Unforgiveness Motivations in romantic relationships experiencing infidelity: Negative affect and anxious attachment to the partner as predictors. *Front Psychol.* 2019;10:434. [doi: 10.3389/fpsyg.2019.00434](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00434)
15. Nezami A, Vatankha HR, Zarbakhsh M, Shiroudi S. The effectiveness of schema therapy and imago therapy on the difficulty of emotion regulation and failure in people involved in emotional divorce. *Journal of Applied Family Therapy.* 2022;3(2):166-187. [Persian]
16. Schmidt CD, Gelhert NC. Couples therapy and empathy: An evaluation of the impact of imago relationship therapy on partner empathy levels. *The Family Journal.* 2017;25(1):23-30. <https://doi.org/10.1177/1066480716678621>
17. Ghaed Sharafi M, Akbari Zadeh F. Evaluation of effectiveness imago relationship therapy on fear of negative evaluation in betrayed couples divorce in shiraz. *Int J Psychol Beh Sci.* 2017; 7(4):103-106. [doi: 10.5923/j.ijpbs.20170704.02](https://doi.org/10.5923/j.ijpbs.20170704.02)



18. Farahani F, Dokanei fard F, Delavar, A. Comparison of the effectiveness of coupled communication imaging therapy (imago therapy) with acceptance and commitment therapy (ACT) on the mental health of couples. *Iranian Journal of Educational Sociology*. 2018;1(9):91-103.
19. Nadaf H, Toozandehjani H, Bagherzadeh Golmakani Z. The effects of imago therapy-based education on anxiety sensitivity, intolerance of uncertainty, mental health, and physical health indicators in couples on the verge of divorce. *Middle East Journal of Disability Studies*. 2021;11:159-159. [Persian]
20. Fereydonpour Z, Kalhouri S, Mohseni F, Namjoo F. Comparison of the effectiveness of schema therapy and imago relation therapy on fear of marriage and attitudes about romance and mate selection in Girls'. *Journal of Applied Family Therapy*. 2020; 1(1):100-124. [Persian]
21. Ghazizadeh S, Mashhadi A, Tabibi Z, Soltanifar A. The effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy on symptoms of post-traumatic stress disorder in children with sexual abuse experiences. *Journal of Clinical Psychology*. 2021;12(4):77-90. [Persian]
22. Wamser-Nanney R, Walker HE. Attrition from pediatric trauma-focused cognitive behavioral therapy: A meta-analysis. *J Trauma Stress*. 2023;36(1):17-30. <https://doi.org/10.1002/jts.22890>
23. Hoppen TH, Jehn M, Holling H, Mutz J, Kip A, Morina N. The efficacy and acceptability of psychological interventions for adult PTSD: A network and pairwise meta-analysis of randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol*. 2023;10:1-10. <https://doi.org/10.1037/ccp0000809>
24. Syros I, Karantzali A, Anastassiou-Hadjicharalambous X. Trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT), cognitive behavioral intervention on trauma in schools (CBITS), and other promising practices in the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: Evidence evaluation. *OBM Neurobiology*. 2022;6(4):43. [doi:10.21926/obm.neurobiol.2204146](https://doi.org/10.21926/obm.neurobiol.2204146)
25. Jericho B, Luo A, Berle D. Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2022;145(2):132-155. [doi:10.1111/acps.13366](https://doi.org/10.1111/acps.13366)
26. Gerger H, Werner CP, Gaab J, Cuijpers P. Comparative efficacy and acceptability of expressive writing treatments compared with psychotherapy, other writing treatments, and waiting list control for adult trauma survivors: a systematic review and network meta-analysis. *Psychol Med*. 2021;52(15):1-13. [doi:10.1017/S0033291721000143](https://doi.org/10.1017/S0033291721000143)
27. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowey B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-1097. [DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092](https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092)
28. Naeinian M, Shaeiri M, Sharif M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing generalized anxiety disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*, 2011;9(1):41-50. [Persian].
29. Watson D, Clark LA. Affects separable and inseparable: on the hierarchical arrangement of the negative affects. *J Pers Soc Psychol*. 1992; 62(3):489. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.3.489>
30. Hassani M, Nadi MA. The psychometric properties and standardization of the scale of positive and negative experience (SPANE) among third grade female high school student in Tehran. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2016; 9(35):105-124. [Persian].
31. Free ML. *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. John Wiley & Sons, 2007.
32. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.