

مقایسه اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل با درمان شناختی- رفتاری در بهبود علائم مرضی شکست عاطفی دانشجویان

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۲/۸

ابراهیم اکبری*، زینب خانجانی**، حمید پورشریفی***، مجید محمود علیلو****، زینب عظیمی*****

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل و درمان شناختی- رفتاری در بهبود علائم مرضی شکست عاطفی دانشجویان بود.

روش: بررسی حاضر به روش نیمه آزمایشی تک موردی و از نوع خط پایه چندگانه انجام شد. بدین منظور شش مراجع (پنج دختر و یک پسر) به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه جای داده شدند و هر گروه با یکی از دو روش یاد شده تحت درمان قرار گرفتند. مراجعین در مرحله‌ی پیش از درمان (خط پایه) و در طی جلسه‌های اول، سوم، پنجم، هفتم، هشتم، نهم، یازدهم و جلسه آخر (جلسه چهاردهم) و مراحل پیگیری سه ماهه و شش ماهه پرسشنامه‌های ضربه عشق، افسردگی، اضطراب، و نشخوار فکری را تکمیل کردند. همچنین در مرحله پیش از درمان، پرسشنامه میلون ۳ را برای شناسایی الگوهای بالینی شخصیت کامل کردند. برای تحلیل داده‌ها از دو روش معناداری بالینی و شاخص درصد بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی تحلیل رفتار متقابل و شناختی- رفتاری در بهبود علائم مرضی شکست عاطفی اثربخش بوده‌اند و مقایسه‌ی نمرات مراجعین حاکی از آن است که تحلیل رفتار متقابل در اکثر آماج‌ها توانسته است تغییرات چشمگیرتر و پایدارتری ایجاد کند. ولی نمرات سلامت روان در هر دو درمان تقریباً یکسان بود.

نتیجه‌گیری: تحلیل رفتار متقابل با توجه به فرآیند درمانی- فنی متفاوت و عمیق‌تری که نسبت به درمان شناختی رفتاری دارد در بهبود علائم مرضی دانشجویان دارای شکست عاطفی از اثربخشی بهتر و پایدارتری برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: درمان تحلیل رفتار متقابل، درمان شناختی- رفتاری، علائم مرضی ضربه عشق، شکست عاطفی

e.akbari_psy@yahoo.com

zeynabkhanjani@yahoo.com

poursharifi_h@yahoo.com

M_Aliloo@yahoo.com

zeinab.azimi1@yahoo.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

*** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

**** استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

***** دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

می‌گردد. اما متقابلاً، درک فقدان^۵ یک موضوع عشقی^۶ نیز ماهیت عشق را به ما می‌آموزد، یعنی کیفیت تجربه فقدان، انعکاسی از کیفیت روابط پیش از فقدان می‌باشد [۸]. افراد در سراسر زندگی خود عشق و فقدان را تجربه می‌کنند [۹]. این کیفیت رابطه با موضوع‌های عشقی نخستین، کیفیت روابط عشقی بعدی و چگونگی باز فراخوانی و حل و فصل مجدد فرایند جدایی - تفرّد^۷ را پس از هر فقدان مهم را تعیین می‌کند. هر چند فقدان عموماً به از دست دادن یک موضوع عشقی به دنبال مرگ یا بیماری جدی اطلاق می‌شود، اما گاهی فقدان بدون مرگ موضوع عشقی نیز رخ می‌دهد و فرایند سوگ تجربه می‌شود [۱۰]. یکی از عمیق‌ترین تجربه‌های فقدان و سوگ را می‌توان در ناکامی ناشی از فروپاشی روابط رمانتیک دید [۱۰، ۱۱]، ولی فقر پژوهش در این زمینه حاکی از نادیده گرفتن چنین فقدانی است. فقدان به معنای عام، غالباً ناشی از مرگ است، در حالی که، فقدان در روابط رمانتیک عمدتاً ناشی از خاتمه‌ی رابطه، حداقل توسط یکی از طرفین است. در مرگ یک موضوعی عشقی، فرایند سوگ توسط رفتار حمایتی نزدیکان تسهیل می‌شود، اما در فقدان ناشی از فروپاشی روابط رمانتیک نه تنها چنین حمایتی دیده نمی‌شود، بلکه عمدتاً فرایند سوگ توسط خانواده و نزدیکان، جدی تلقی نمی‌گردد و گاهی خود فرد نیز با اجتناب هیجانی یا درگیری شدید با فقدان، تجربه سوگ را تحریف می‌کند. اما بدون تردید باید این سوگ را پذیرفت و فرایند سوگواری را تسهیل نمود [۱۲]. با توجه به اینکه همراه با شکست عشقی، اندوه، افسردگی، خشم، و اضطراب در فرد ظاهر می‌شود و سلامت روان و روابط بین فردی او را با خطر مواجه می‌کند باید به دنبال رویکرد درمانی باشیم که بتواند افراد را از این علائم بالینی فوق دور سازد. البته می‌توان شکست‌های عاطفی را به عنوان اختلالات سازگاری^۸ مفهوم سازی کرد، اما نکته مهم این است که تکرار اختلالات سازگاری را می‌توان برش مقطعی از اختلالات شخصیت در نظر گرفت [۱۳]. هرچند تحقیقات کنترل شده‌ای در داخل و خارج از کشور به منظور درمان افراد

در هر دوره از زندگی، فرد درگیر روابط ویژه‌ای با دیگران است که می‌تواند سلامت فردی و اجتماعی او را ارتقا بخشد یا وی را دچار آسیب کند [۱]. یافتن شریک زندگی، رویداد مهمی در رشد بزرگسالی است که تأثیر عمیقی بر خودپنداره و سلامت روانی دارد [۲]. در پژوهش‌های وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، ۲۲ درصد دانشجویان در سال ۸۳ و ۲۱ درصد در سال ۸۴ اظهار کردند که اخیراً تجربه «شکست در روابط عاطفی»^۱ داشته‌اند. چنین شکستی شدیداً می‌تواند در افت تحصیلی نقش داشته باشد. با ورود به دانشگاه، شکست عاطفی ابعاد جدیدی می‌یابد، زیرا با تغییر موقعیت و دوری از خانواده؛ نیازمندی‌های عاطفی خاص‌تر شده و از طرفی امکان ارتباط با جنس دیگر فراهم می‌شود اما برخی افراد در حالی درگیر این روابط می‌شوند که هنوز رشد اجتماعی لازم را کسب نکرده‌اند، در نتیجه دچار مشکلاتی می‌شوند [۳]. راس^۲ [۴] برای اولین بار نشانگان ضربه‌ی عشق^۳ را معرفی نمود. نشانگان ضربه‌ی عشق، مجموعه علائم و نشانه‌های شدیدی است که پس از فروپاشی یک رابطه رمانتیک بروز می‌کند، عملکرد فرد را در زمینه‌های متعدد (تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای) مختل می‌کند، واکنش‌های غیر انطباقی به دنبال دارد، و مدت زمان زیادی این نشانه‌ها باقی می‌مانند. این فروپاشی، آنقدر قدرتمند است که افسردگی و خشم [۵]، احساس ناامنی عمیق [۶]، احساس درماندگی، گناه، هراس، ناامیدی، بدبینی، بی‌قراری، آسیب پذیری، از دست دادن تمرکز، امیدواری، انگیزه و انرژی، نشانه‌های جسمانی مثل سردرد و بی‌نظمی خواب، بی‌اشتهایی یا پرخوری، تغییراتی در میل جنسی، بی‌حوصلگی و خستگی، کندی کلامی - حرکتی تولید می‌کند. صرف نظر از اینکه چه کسی رابطه را قطع می‌کند، انحلال یک رابطه، تجربه‌ی ناخوشایندی است [۷]. پژوهش‌ها دلالت بر آن دارند که اوج یک رابطه‌ی عاشقانه، فقط برای چند ماه و حداکثر دو سال دوام می‌آورد و بی‌تردید با مرگ یا جدایی خاتمه می‌یابد. در واقع با درک ماهیت و الگوی عشق، فهم دقیق سوگ و سوگواری^۴ میسر

5- loss

6- love object

7- Separation-individuation

8- adjustment disorders

1- emotional breakdown Relationships

2- Rosse

3- Love Trauma Syndrome

4- grief & mourning

نمایش نامه‌ای که در مسیر تحول بدست خویش نوشته است، آزاد سازد. (۴) درمان نمایش نامه: در پایان درمان، مراجع دارای یک «بالغ» یکپارچه می‌شود که می‌تواند درمانگر درونی خود را بر درمان انتقالی، غالب سازد. او هم اکنون می‌تواند به طور دائم به دور از نمایش نامه خود حرکت کند و در نتیجه خود را فردی مسئول و ماهر درک می‌کند که می‌تواند در رابطه با واقعیت جاری به طور مستقل احساس، فکر و عمل کند. برای رسیدن به این هدف، رایج‌ترین تکنیک‌های TA عبارتند از: رفع آلودگی^۸، باز تصمیم‌گیری^۹، و از بین بردن آشفتگی‌ها^{۱۰}. آلودگی زدایی مبتنی است بر نوعی آمیختگی ناسالم حالات شخصیت «کودک و والد» مراجع با وضعیت «بالغ» در اینجا و اکنون. هدف این است که با کمک روشن‌سازی و رویارویی، باورهای نامناسب ناشی از برداشت‌های گذشته و حال از واقعیت را شناسایی کنیم. این ممکن است آگاهی مراجع را از تفاوت‌ها و مرزهای میان حالات شخصیت افزایش دهد، نفوذ و کنترل «بالغ» را تقویت کند و منابع موجود برای حل مسأله را در زندگی روزمره گسترش دهد. وقتی درمان بر درگیری هیجانی «کودک» تمرکز می‌کند، درمانگر تلاش می‌کند تا مراجع را به صورت یک کل یکپارچه سازد (رفع آشفتگی‌ها). «کودک» به دلیل افکار و احساسات سرکوب شده، آشفتگی شده است. رفع آشفتگی‌ها به این معنی است که به «کودک» اجازه دهیم که به بیان احساسات، افکار و رفتارهایی بپردازد که در دوران کودکی از ابراز آنها ممانعت به عمل آمده است و همچنین به او اجازه دهیم که این آشفتگی را که در ارتباط با این سرکوب به وجود آمده است، بشناسد. با استفاده از روش‌های تخلیه هیجانی و تکنیک دو صندلی، «کودک» می‌تواند با کلمات و عبارات بدن، احساسات خود را از آلودگی با «بالغ» رها سازد، به این معنی که مراجع می‌تواند دوباره احساسات واقعی از دست رفته خود را کشف کند و دریابد که چگونه این تعارض درونی رخ داده و منجر به احساسات غیراصیل (خشم، اضطراب، افسردگی، نشخوار فکری، و...) گردیده است. بازتصمیم‌گیری برای رسیدن به استقلال نمایش نامه ضروری است. تصمیم‌گیری‌های اولیه‌ی کودک ناشی از

دچار شکست عاطفی صورت نگرفته است، با این حال، تحلیل رفتار متقابل^۱ یکی از نظریاتی است که به روابط بین فردی، فرآیند حوادث زندگی، و واکنش‌های متقابل افراد توجه بسیار داشته و در زمینه مسائل بین فردی، راهکارهای کاربردی ارائه داده است، و در نتیجه می‌تواند مفید باشد. TA به عنوان نظریه شخصیت، با الگویی سه بخشی از حالات نفسانی (والد، کودک، بالغ^۲) تصویری از ساختار روان‌شناختی انسان‌ها [۱۵] و نظریه‌ای برای رشد کودک به ما ارائه می‌دهد. اریک برن^۳ [۱۴]، پایه‌گذار رویکرد تحلیل رفتار متقابل، بیشتر بر مسائلی همچون بازشناسی اجتماعی مثبت (نوازش‌ها)، توجه نامشروط (من خوب هستم، شما خوب هستید^۴) به عنوان نیازهای اساسی در تحول روان‌شناختی انسان، تغییر از طریق مسئولیت‌پذیری شخصی، و تصمیم‌گیری و اقدامات عمدی تأکید می‌کند که این موارد در رابطه‌ی درمانی مبتنی بر قرارداد و تمرکز درمان بر آزادی (استقلال) و چالش‌های تجربی در اینجا و اکنون بروز پیدا می‌کند. قرارداد درمانی در ابتدا عمدتاً بر کنترل اجتماعی و تغییرات رفتارهای ناکارآمد در طول زمان و خودکار شدن آنها در نمایش نامه زندگی^۵ تمرکز دارد [۱۵]. مفهوم نمایشنامه یا پیش‌نویس زندگی بیانگر این است که شیوه‌های زندگی دوره بزرگسالی ما باز پدیدآوری همان روش‌های دوره کودکی ما است حتی اگر این باز پدیدآوری، نتایج بسیار دردناکی به بار آورد [۱۶]. برن، درمان را بر اساس چهار سطح مختلف طبقه بندی کرده است: (۱) کنترل اجتماعی: اولین گام در بهبود مراجع، کنترل رفتارهای ناسالم در بافت اجتماعی است، حتی اگر او هنوز احساس بدی در مورد مشکلات خود داشته باشد. (۲) بهبود علائم: نه تنها مربوط به کنترل رفتار فرد می‌باشد، بلکه احساس رهایی از سردرگمی و اضطراب را نیز در بر دارد. (۳) درمان انتقالی^۶: در این مرحله، مراجع از حمایت درمانگر برخوردار است و او را به عنوان والدی حمایتگر کنار خود می‌بیند، و با تکیه بر این انتقال می‌تواند خودش را از

- 1- Transactional Analysis (TA)
- 2- parent, child, adult
- 3- Berne
- 4- I am ok, You are ok
- 5- life script
- 6- script
- 7- transference

- 8- Decontamination
- 9- redecision
- 10- Deconfusion

رفتاری^۲ است. این رویکرد تلفیقی از رفتار درمانی و شناخت شناخت درمانی است که با تأکید بر رفتار و تجربه‌گرایی در شناخت درمانی در دهه ۱۹۷۰ آغاز شد [۲۱]. منطق بنیادی CBT این است که معنایی که فرد به رویدادها می‌دهد، تعیین‌کننده احساس و رفتار اوست. مشکلات روان‌شناختی افراد مانند اضطراب، افسردگی و نارضایتی از روابط بین فردی به دلیل ناسازگارانه بودن پاسخ شناختی فرد به موقعیت‌های زندگی پدید می‌آیند [۲۲]. در واقع CBT، افکاری که دیدگاه‌های منفی را تقویت می‌کند و رفتارها و هیجانات نشأت گرفته از این باورها را هدف قرار می‌دهد. از آنجا که افکار و رفتارها در یک چرخه معیوب فعالیت می‌کنند، هر دو جنبه، باید برای تغییر لحاظ شود. CBT برای حل مشکل مراجع گام‌هایی را طی می‌کند از جمله: شناسایی افکار و فرض‌ها، ارزیابی افکار و چالش با آنها، تشخیص افکار خودآیند، شناسایی تحریف‌های شناختی، مرتبط کردن هیجان‌ها با افکار خودآیند، ارزیابی فرض‌ها و قواعد، جایگزینی باورهای صحیح به جای باورهای تحریف شده، شکستن انتظارات غیرواقعی، ارزیابی نگرانی‌ها، پردازش هیجان‌ها و تکالیف رفتاری. CBT مبتنی بر تکلیف است، یعنی مراجع در درمان به صورت فعالانه شرکت کرده و آموزش و اصلاح شناختواره‌ها با انجام تکالیف تعریف شده در جلسه درمان را به زندگی روزمره انتقال می‌دهد. بنابراین هدف CBT این است که باورهای خود محکوم‌کننده را اصلاح و اسنادهای مثبت را افزایش داده و مهارت‌های مقابله مسأله‌مدار را بهبود بخشد. ویژگی‌هایی که این درمان را مورد استقبال متخصصان در حوزه بهداشت روانی قرار داده است، سازمان‌یافتگی، مبتنی بودن بر همکاری، کوتاه مدت بودن، مسأله‌مداری (معطوف به عوامل تداوم بخش مشکلات و نه منشأ آنها، تأکید بر شرایط فعلی)، سقراطی بودن، تجربی و آموزشی بودن، و تأکید بر شناخت تا احساسات است [۲۳]. در CBT برای سوگ، ابتدا نشانه‌های اضطراب و افسردگی، نگرش‌ها، و باورهای اصلی^۳ سنجیده می‌شود. سپس درمانگر مراجع را از ۵ مرحله عبور می‌دهد. ابتدا مراجع باید واقعیت فقدان را بپذیرد، سپس خشم و احساس گناه مربوط به فقدان را

ظرفیت محدود بقا و نفوذ قدرتمند پدر و مادر است. نیازها و احساسات ارضا نشده، از زندگی آگاهانه «بالغ» واپس رانده شده‌اند. در بازتصمیم‌گیری، در حالی که فرد در حالت «کودک» خود قرار دارد، «بالغ» به طور کامل از سایر فرصت‌ها و منابع موجود برای رسیدن به نیازهای خود آگاه است و سپس می‌تواند بر اساس فکر و احساس خود تصمیم به تغییر تصمیم اولیه بگیرد [۱۵]. در حوزه‌ی کاربردی، TA یک نظام روان‌درمانی به ما معرفی می‌نماید و در درمان انواع اختلالات روانی، از مشکلات روزانه تا روان‌پریشی‌های بسیار عمیق، به کار می‌رود [۱۴، ۱۷]. بر اساس رویکرد TA، فرد یک سیستم پویای دائماً در حال ارتباط با سیستم‌های دیگر است. لذا آموزه‌های ارتباطی برای بهبود تبادلات میان افراد از جمله دختر و پسر در شرف ازدواج مناسب به نظر می‌رسد. همان‌طور که گریف^۱ [۱۸] بیان می‌کند، ارتباط مؤثر و کارآمد میان دختر و پسر مهمترین جنبه‌ی خانواده‌های دارای عملکرد مطلوب می‌باشد، ولی از آنجا که ارتباط در دو سطح کلامی و غیرکلامی روی می‌دهد، یکی از دلایل اصلی بروز شکست در روابط رمانتیک، ناهماهنگی پیام‌هایی است که به طور همزمان توسط این دو سطح منتقل می‌شوند. به نظر می‌رسد TA، با آموزش تحلیل روابط مکمل، متقاطع و نهفته، مراجعین را با نحوه برقراری ارتباط مؤثر آشنا می‌سازد. به عبارتی افراد را به مهارت‌های ارتباطی مناسبی مجهز می‌سازد تا با تشخیص «حالات شخصیتی» خود و فرد مقابلشان بویژه با توجه به سرنخ‌های کلامی و غیرکلامی بتوانند ارتباط مناسب مکملی را برقرار نمایند. این موضوع که مشکل اکثر روابط آشفته، کنترل غیرمؤثر تعارض است که در نتیجه آن مسائل مهم رابطه حل نشده باقی می‌مانند و غالباً منبع تعارض تکراری می‌شوند [۱۹]، [۲۰]، به مفهوم بازی در TA نزدیک است. لذا شکستن جریان بازی‌ها و نیز عدم ورود به بازی‌ها به صورت آگاهانه و تقویت «بالغ» به عنوان مسئول اجرائی شخصیت می‌تواند چرخه معیوب مشکل‌زایی - عدم حل مشکل - انباشت مشکل را منقطع سازد. رویکرد درمانی دیگری که می‌تواند به افراد دچار شکست عاطفی کمک کند، درمان شناختی

2- Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

3- core beliefs

1- Greeff

پژوهش‌ها حکایت از آن دارند که میزان آسیب دیدگی روانی دختران در شکست عاطفی، بیشتر از پسران است [۲۸، ۲۹].

ابزار:

۱- پرسشنامه ضربه عشق^۲: مقیاسی است که راس (۱۹۹۹) برای سنجش شدت ضربه عشق تهیه کرده و از ده ماده ۴ گزینه‌ای تشکیل شده است. این پرسشنامه یک ارزیابی کلی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری فراهم می‌کند. نقطه برش این پرسشنامه، ۲۰ در نظر گرفته می‌شود. ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) این پرسشنامه ۰/۸۱ و ضریب اعتبار آن در در ایران با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ به دست آمده است [۱۰].

۲- مقیاس پاسخ‌های نشخواری^۳: مقیاسی ۲۲ ماده‌ای که توسط نولن- هوکسما^۴ تدوین شده است و روی یک مقیاس ۴ نقطه‌ای از ۱ تا ۴ نمره گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ این مقیاس از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ می‌باشد که نشان دهنده همسانی درونی بالای آن است. همبستگی درون طبقه‌ای برای پنج بار اندازه‌گیری ۰/۷۵ و همبستگی بازآزمایی برای مدت بیش از ۱۲ ماه ۰/۶۷ و آلفای کرونباخ آن در نمونه ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است [۳۰].

۳- پرسشنامه اضطراب بک^۵: این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای، برای اندازه‌گیری شدت اضطراب است. هر سؤال در یک طیف ۴ بخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آن، یکی از علائم شایع اضطراب (ذهنی، بدنی، و هراس) را توصیف می‌کند. ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون، همگی نشان دهنده کارایی بالای آن در سنجش اضطراب می‌باشد. در ایران، ضریب اعتبار آن با روش بازآزمایی بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۰، ۳۱].

شناسایی کند، زندگی را به شیوه مناسب با موقعیت جدید تصور کند، و تا مدتی معشوقه‌ی دیگری اتخاذ ننماید. در نهایت، مراجع و درمانگر در مورد حفظ خاطره به عنوان یک تجربه‌ی مهم و ارزشمند بحث می‌کنند [۲۴]. با توجه به فقدان پژوهش مستقیم در مورد اثربخشی این دو درمان بر شکست عاطفی، در ذیل به پژوهش‌های غیر مستقیم اشاره خواهد شد. در مطالعه‌ی، عابدی [۲۵] دریافت که کاربرد مدل عشق استرنبرگ می‌تواند در سالم سازی رفتارهای عاشقانه دانشجویان تأثیری نسبی داشته باشد. حمیدپور [۲۶] در پژوهشی موردی، اثربخشی طرحواره درمانی را بر روی افراد دچار شکست عشقی در اکثر آماج‌ها تأیید کرد. همچنین دهقانی [۱۰] در یک بررسی موردی به اثربخشی روان‌درمانی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر نشانگان ضربه‌ی عشق پرداخته است. در مجموع با توجه به فقر پژوهشی، شیوع بالای مشکل و پیامدهای ناخوشایند شکست‌های عاطفی از قبیل ناامیدی، افسردگی، کاهش عزت نفس، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، احساس گناه و خشم، اضطراب، افت تحصیلی، مشروط شدن، ترک تحصیل، تخریب روابط اجتماعی و حتی اقدام به خودکشی، پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل و شناختی- رفتاری روی دانشجویان دارای شکست عاطفی می‌پردازد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع طرح تجربی موردی با خط پایه چندگانه است که در آن، از مجموع ۶ نفر فرد دچار شکست عاطفی، ۳ نفر تحت درمان تحلیل رفتار متقابل و ۳ نفر تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های شهر تبریز در سال ۹۰-۸۹ بود که اخیراً با فروپاشی یک رابطه رمانتیک مواجه شده بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۵ دانشجوی دختر و ۱ دانشجوی پسر از جامعه آماری است که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، این شیوه نمونه‌گیری را نمونه‌گیری هدفمند^۱ می‌نامند و هدف از آن، انتخاب افرادی است که با هدف پژوهش مطابقت دارند [۲۷]. بیشتر بودن تعداد مراجعین دختر در نمونه، به این دلیل است که بررسی‌های نظری و

2- Love Trauma Inventory (LTI)
3- Ruminative Response Scale (RRS)
4- Nolen-Hoeksema
5- Beck Anxiety Inventory (BAI)

1- purposeful sampling

آغاز شد. پس از کسب رضایت مراجعان، انتخاب نمونه براساس ملاک‌های شمول پس از مصاحبه بالینی و ارزیابی با آزمون میلون (صرفاً برای شناسایی الگوهای بالینی شخصیت) و پرسشنامه‌های ضربه عشق و افسردگی بک صورت گرفت. مراجعان به تصادف در دو گروه جای داده شدند و دو شیوه درمان روی آنها اجرا شد. در مرحله خط پایه، پرسشنامه‌های ضربه عشق، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری توسط مراجع‌ها تکمیل گردید. سپس درمان به مدت ۱۴ جلسه (هر هفته دو بار) اعمال شد. برای کنترل متغیرهای مداخله گر احتمالی و طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، در هر دو روش درمانی، در جلسه دوم مراجع اول، مراجع دوم وارد طرح درمان شد و به همین ترتیب در جلسه چهارم مراجع اول، مراجع سوم وارد طرح درمان شد. درمان به صورت فردی صورت گرفت همچنین پرسشنامه‌ها در جلسات اول، سوم، پنجم، هفتم، هشتم، نهم، یازدهم و چهاردهم درمان، و یک ماه، سه ماه، و شش ماه پس از درمان (جلسه پیگیری) توسط مراجعین تکمیل شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: (۱) دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال، (۲) رابطه رمانتیک حداقل شش ماه به طول انجامیده باشد، (۳) فروپاشی رابطه توافقی و با میل فرد نباشد، (۴) هدف از ایجاد یا تداوم رابطه، ازدواج باشد، (۵) عدم رابطه جنسی (تجربه رابطه جنسی، تعهد ایجاد نکرده باشد) (۶) گذشتن حداقل ۳ ماه از خاتمه رابطه، و (۷) داشتن نمره بین ۲۰ تا ۳۰ در پرسشنامه ضربه عشق، ملاک‌های حذف عبارت بود از: (۱) تشخیص اختلال روانی جدی در محور یک و دو (مثل سایکوز، اختلال دوقطبی، وابستگی به مواد، و اختلال شخصیت) بر اساس نتایج مصاحبه بالینی و آزمون میلون (MCMI-III)، (۲) گذراندن دوره روان‌درمانی یا دارو درمانی همراه با این درمان، (۳) داشتن طرح جدی اقدام به خودکشی که نیاز به مداخله در بحران را ایجاد نماید. در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل نمودار، معناداری بالینی، درصد بهبودی و شاخص‌های شش گانه کارایی استفاده شد. همچنین مقایسه یافته‌های بالینی [۳۲] نیز برای مقایسه نتایج دو شیوه درمانی به کار برده شد. فرمول درصد بهبودی اولین بار توسط بلانچارد و اسکوارز [۳۳] برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه شده

۴- پرسشنامه افسردگی بک تجدیدنظر شده^۱: این مقیاس ۲۱ ماده‌ای، شکل بازنگری شده‌ی پرسشنامه افسردگی بک است که با نمره برش ۱۷ جهت سنجش افسردگی تدوین شده و علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده ۴ گزینه دارد که از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. در نمونه خارجی، ثبات درونی این ابزار بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است. در نمونه ایرانی، ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ضریب بازآزمایی ۰/۹۳، و روایی آن از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به دست آمده است [۳۱].

۵- سیاهه‌ی میلون-۳^۲: این پرسشنامه توسط تئودور میلون، بر اساس نظریه زیستی- روانی- اجتماعی در سال ۱۹۷۷ تهیه و در سال ۱۹۹۰ مورد تجدیدنظر واقع شد، دارای ۲۴ مقیاس بالینی و ۴ شاخص روایی است. از این ۲۴ مقیاس، ۱۴ مقیاس آن، الگوهای بالینی شخصیت بر اساس محور دو چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ و ۱۰ مقیاس دیگر نشانگان بالینی را بر اساس محور یک می‌سنجند. نقاط برش ۷۵ تا ۸۵ به عنوان سبک‌های شخصیتی و نقطه برش ۸۵ به بالا به عنوان نشانه الگوهای بالینی شخصیت به شمار می‌روند. میلون و همکارانش، میزان اعتبار آزمون را ۰/۷۸ به دست آوردند. همبستگی این آزمون با آزمون شخصیت سنج چندوجهی مینه سوتا^۴ از ۰/۷۵ به بالا گزارش شده است. توان پیش بینی مثبت مقیاس‌ها در دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۹۸، توان پیش بینی منفی مقیاس‌ها از ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ و توان تشخیص کل مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ محاسبه شده است. همچنین روایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ گزارش شده است [۳۱].

روند اجرای پژوهش: نمونه‌گیری از طریق پخش اطلاعیه در دانشگاه‌های شهر تبریز جهت مراجعه دانشجویان دچار شکست عاطفی به مرکز مشاوره دانشگاه تبریز برای درمان

- 1- Beck Depression Inventory (BDI-II)
- 2- Milon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)
- 3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)
- 4- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

نوازش رفتار حل مسأله و احساسات اصیل، دادن تکالیف خانگی.

جلسه دهم) بررسی تکالیف جلسه قبل، تحلیل همزیستی روانی و شکستن آن، کار کردن روی کودک انطباق یافته خوب و غیرخوب، و والد‌های انتقادگر و حمایت‌گر، کار روی بستن روزنه‌های فرار از پیش نویس، دادن تکالیف خانگی. جلسه یازدهم) بررسی تکالیف جلسه قبل، توافق مجدد روی قرارداد درمانی، شناسایی پیش نویس و اجرای نمایشنامه کوچک زندگی، کار بر روی تصمیم‌گیری مجدد، دادن تکالیف خانگی.

جلسه دوازدهم) بررسی تکالیف جلسه قبل، اجرای نمایشنامه بزرگ زندگی، تصمیم‌گیری مجدد، دادن تکالیف خانگی.

جلسه سیزدهم) بررسی تکالیف جلسه قبل شیوه‌های فعال کردن بالغ، «والد، بالغ، کودک» در ازدواج. جلسه چهاردهم) فعال کردن کودک درون خوب، بازسازی خود. پاسخگویی در مورد ابهامات و ارزیابی معیار درمان و جلسات درمانی.

راهنمای درمان شناختی- رفتاری:

جلسه اول) آشنایی و مقدمه درمان، بیان انتظارات در فرآیند درمان و درباره رابطه عاشقانه و هدف او از این ارتباط بحث می‌شود.

جلسه دوم) مفهوم پردازی مورد، توضیح مدل ABC، بیان باورها و ارزش‌های مطلق، توجه به علت مشکل سازی این باورها، شناسایی افکار و فرض‌ها، دادن تکالیف خانگی.

جلسه سوم) بررسی تکالیف جلسه قبل، ارزیابی افکار و چالش با آنها، معرفی چهار سبک توأم با خطا (افکار خودآیند منفی، باورهای اصلی منفی، مثلث شناختی، خطای منطقی)، دادن تکالیف خانگی.

جلسه چهارم) بررسی تکالیف جلسه قبل، شناسایی و تغییر باورهای میانجی (ارزیابی فرض‌ها، راهبردهای مقابله‌ای، قواعد مراجع، و ...)، توضیح ارتباط افکار، باورها و رفتارها، دادن تکالیف خانگی.

جلسه پنجم) راهکارهای عملی برای پر کردن اوقات مراجع، آرامش دهی به خود و قطع ارتباط با یادبودهای فرد مورد علاقه.

است. در این فرمول، اختلاف نمره پیش آزمون و پس آزمون را بر نمره پیش آزمون تقسیم می‌کنیم. بر اساس این فرمول، بهبودی ۵۰٪ یا بیشتر معنادار است. همچنین اگر نمره فرد پس از مداخله پایین‌تر از نقطه برش باشد، به لحاظ بالینی معنادار خواهد بود [۳۴]. $A_0 =$ مشکل آماجی در ابتدای درمان، $A_1 =$ مشکل آماجی در انتهای درمان، $A\% =$ میزان بهبودی. جدول‌های ۱ و ۲ محتوای راهنمای درمان تحلیل رفتار متقابل و راهنمای درمان شناختی- رفتاری را نشان می‌دهد.

$$A\% = \frac{A_0 - A_1}{A_0}$$

راهنمای درمان تحلیل رفتار متقابل:

جلسه اول) جلسه آشنایی با شیوهی دستورالعمل استاندارد تحلیل رفتار متقابل و کار کردن روی قرارداد درمانی جلسه دوم) گزارش‌گیری و شناسایی حادثه بحرانی، جمع‌آوری اطلاعات سیستم تخریب.

جلسه سوم) تحلیل ساختاری و کارکردی حالات نفسانی و آموزش چهار وضعیت وجودی، دادن تکالیف خانگی.

جلسه چهارم) بررسی تکالیف جلسه قبل، انتخاب جونز، توضیح نوازش، و اجرای تکنیک برای افزایش نوازش مثبت، دادن تکالیف خانگی.

جلسه پنجم) بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش روابط متقابل مکمل و متقاطع، پنهان و روش‌های تشخیص حالات سه‌گانه نفسانی، دادن تکالیف خانگی.

جلسه ششم) بررسی تکالیف جلسه قبل، آلودگی‌ها، حذف شخصیت و آموختن از افکنش‌ها و رؤیاهای شروع به کاوش نادیده گرفتن‌ها، دادن تکالیف خانگی.

جلسه هفتم) بررسی تکالیف جلسه قبل، صدور تجویز و اجازه دادن به مراجع و کنترل احساس‌ها از طریق ردیابی، مقابله با بازی‌ها، تخریب‌ها و نادیده گرفتن، دادن تکالیف خانگی.

جلسه هشتم) بررسی تکالیف جلسه قبل، پیدا کردن تمبرها و شناسایی احساسات تخریبی و نادیده گرفتن‌ها، نوازش رفتارهای حل مسأله و احساسات اصیل به جای بازی‌ها و احساسات تخریب، دادن تکالیف خانگی.

جلسه نهم) بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مثلث کاربمن و شناسایی و پرداختن به بازی‌های روانی در روابط،

مناسب، و آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود. دادن تکلیف خانگی.

جلسه یازدهم) بررسی تکالیف جلسه قبل، تمرین تغییر رفتار، تقویت افکار مثبت و نتیجه افکار منفی. آموزش حل مسأله. دادن تکلیف خانگی.

جلسه دوازدهم) بررسی تکالیف جلسه قبل، پردازش هیجانی، القای تصویر ذهنی خوب و مقابله و تغییر تصویر ذهنی ناکارآمد. دادن تکلیف خانگی.

جلسه سیزدهم) بررسی تکالیف جلسه قبل، مرور خطاهای شناختی مراجع، کار بر روی تغییرات شناختی وسیع‌تر، قرار دادن مشکل مراجع در دورنما. کار کردن روی نقاط قوت، دادن تکلیف خانگی.

جلسه چهاردهم) بررسی تکالیف جلسه قبل، مرور جلسات قبلی و پاسخگویی دغدغه‌ها در خصوص ختم درمان، و پیشگیری از عود.

یافته‌ها

در جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعین پژوهش نشان داده شده است.

جلسه ششم) بررسی تکالیف جلسه قبل، فعال کردن مراجع (بررسی کنید که هر فکر خودآیند چه معنایی دارد؟ چرا اذیت می‌شوید؟ چرا بد به نظر می‌رسد؟). دادن تکلیف خانگی (توجه به افکار خودآیند خاص در موقعیت خاص و به دنبال آن ایجاد هیجان خاص).

جلسه هفتم) بررسی تکالیف جلسه قبل، کار بر روی باورهای بنیادین و جایگزین کردن باورهای کارآمدتر، ارزیابی نگرانی‌ها و احساسات منفی. دادن تکلیف خانگی.

جلسه هشتم) بررسی تکالیف جلسه قبل. آموزش آرام سازی و صحبت در مورد روش‌های تنبیه خود و خود پاداش دهی، راهبردهای نگهدارنده، مفهوم پردازش موردی. دادن تکلیف آرام سازی.

جلسه نهم) بررسی تکالیف جلسه قبل، پردازش اطلاعات (تغییر در مقایسه خود، ثبت خودگویی‌های مثبت، و ...) و خطاهای منطقی. دادن تکلیف خانگی.

جلسه دهم) بررسی تکالیف جلسه قبل، پرداختن به موضوع ازدواج، شناخت ویژگی‌های خود، شناخت ویژگی‌های فرد

جدول ۳) ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعین

نوع درمان	مراجع	سن	جنس	تحصیلات	مدت رابطه	مدت خاتمه	اقدامات درمانی پیشین
تحلیل رفتار متقابل	الف	۲۲	زن	کارشناسی	۹ ماه	۷ ماه	مراجعه به روان‌شناس
	ب	۲۴	زن	دکتری حرفه‌ای	۱۳ ماه	۳ ماه	نداشته
	ج	۲۱	زن	کارشناسی	۱۲ ماه	۹ ماه	مراجعه به روان‌شناس و روان‌پزشک
شناختی رفتاری	د	۲۲	زن	کارشناسی	۱۵ ماه	۱۲ ماه	یک جلسه مراجعه به روان‌شناس
	ه	۲۳	زن	کارشناسی	۱۲ ماه	۵ ماه	مراجعه به روان‌پزشک (دارو درمانی)
	و	۲۴	مرد	کارشناسی ارشد	۱۷ ماه	۶ ماه	مراجعه به رمال و شخصیت‌های مذهبی

در حالی که بهبودی مراجعین CBT در مراحل پیگیری در حال کاهش بود. هر دو گروه بهبود یافتند اما بهبودی مراجعین TA چشمگیرتر است. بهبودی مراجع «و» در نشانگان ضربه عشق و افسردگی نسبت به سایر مراجعین پایین‌تر بود. برای مقایسه بهتر یافته‌ها، نمرات نشانگان ضربه عشق، افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در نمودارهای ۱، ۲، ۳، و ۴ ارائه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، نشانگان بالینی، در طی درمان روند رو به کاهش داشته و بعد از درمان از نقطه برش پایین‌تر آمده است. این نشان می‌دهد که هر دو درمان باعث بهبود

طبق جدول ۳ کمترین سن بر افراد نمونه برابر با ۲۱ و بیشترین آن برابر با ۲۴ سال است مدت رابطه نیز از ۹ تا ۱۷ ماه بوده است. جدول بعد به مقایسه نمرات دو گروه درمانی در پرسشنامه ضربه عشق، افسردگی، اضطراب، بک، و نشخوار فکری پرداخته است این جدول نشان می‌دهد که مراجعین TA در برابر مراجعین CBT در شاخص‌های ضربه عشق، افسردگی و اضطراب، و نشخوار فکری به ترتیب ۸۱٪، ۷۹٪، ۷۷٪، ۷۳٪ در برابر ۶۰٪، ۶۳٪، ۶۳٪، ۶۰ درصد بهبودی دست یافتند و این روند تا پیگیری ۳ ماهه و ۶ ماهه نیز در TA حالت افزایشی داشت

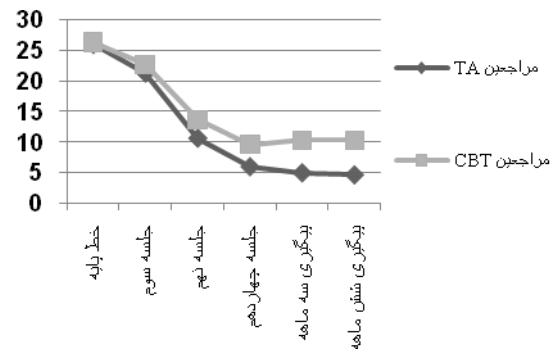
علائم بالینی شکست عاطفی شده، اما TA باعث کاهش عود و بازگشت این علائم می‌شود.

جدول ۴) مقایسه نمرات دو گروه درمانی در پرسشنامه‌ی ضربه عشق، افسردگی بک، اضطراب بک، و نشخوار فکری

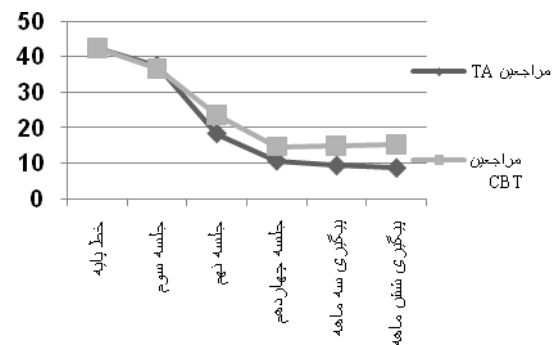
درمان شناختی- رفتاری			درمان تحلیل رفتار متقابل			
مراجع و	مراجع هـ	مراجع د	مراجع ج	مراجع ب	مراجع الف	
۲۶	۲۴	۲۹	۲۶	۲۳	۲۹	LTI (خط پایه)
۲۳	۱۹	۲۶	۲۰	۱۹	۲۵	LTI (جلسه سوم)
۱۶	۱۱	۱۴	۱۱	۱۰	۱۱	LTI (جلسه نهم)
۱۱	۷	۱۱	۷	۳	۸	LTI (جلسه چهاردهم)
۱۲	۸	۱۱	۶	۳	۶	LTI (پیگیری سه ماهه)
۱۲	۹	۱۰	۶	۳	۵	LTI (پیگیری شش ماهه)
%۵۳			%۸۲			میزان بهبودی
%۶۰			%۸۱			بهبودی کلی
۴۰	۴۶	۴۱	۴۶	۳۹	۴۲	BDI (خط پایه)
۳۸	۳۸	۳۴	۴۲	۳۴	۳۶	BDI (جلسه سوم)
۲۳	۲۵	۲۳	۱۸	۱۷	۲۰	BDI (جلسه نهم)
۱۶	۱۵	۱۴	۱۱	۹	۱۲	BDI (جلسه چهاردهم)
۱۷	۱۳	۱۵	۹	۸	۱۱	BDI (پیگیری سه ماهه)
۱۸	۱۲	۱۶	۹	۷	۱۰	BDI (پیگیری شش ماهه)
%۵۵			%۷۶			میزان بهبودی
%۶۳			%۷۹			بهبودی کلی
۴۰	۴۴	۴۲	۴۳	۴۲	۴۵	BAI (خط پایه)
۳۷	۴۱	۳۸	۳۷	۳۴	۳۸	BAI (جلسه سوم)
۲۴	۲۲	۲۱	۲۱	۱۹	۲۲	BAI (جلسه نهم)
۱۳	۱۵	۱۴	۱۳	۱۰	۱۲	BAI (جلسه چهاردهم)
۱۳	۱۴	۱۵	۱۲	۱۱	۱۱	BAI (پیگیری سه ماهه)
۱۳	۱۷	۱۶	۱۰	۹	۱۰	BAI (پیگیری شش ماهه)
%۶۷			%۷۷			میزان بهبودی
%۶۳			%۷۷			بهبودی کلی
۶۱	۵۹	۶۴	۶۲	۶۱	۶۵	RRS (خط پایه)
۶۲	۵۹	۶۴	۶۲	۶۱	۶۵	RRS (جلسه اول)
۵۱	۴۷	۴۸	۴۸	۳۹	۴۳	RRS (جلسه هفتم)
۳۸	۳۶	۳۹	۳۷	۳۲	۳۵	RRS (جلسه چهاردهم)
۳۹	۳۵	۳۷	۳۶	۳۱	۳۴	RRS (پیگیری سه ماهه)
۳۹	۳۷	۳۶	۳۴	۳۲	۳۲	RRS (پیگیری شش ماهه)
%۵۶			%۷۶			میزان بهبودی
%۶۰			%۷۳			بهبودی کلی

بحث

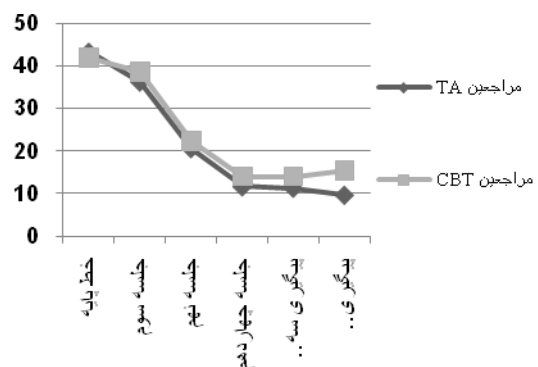
پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر دو درمان TA و CBT می‌توانند در بهبود علائم مرضی شکست عاطفی اثربخش باشند. اما TA اثربخش‌تر می‌باشد. برخی پژوهش‌ها بر اهمیت مداخله و درمان افرادی که نمی‌توانند پیامدهای شکست عاطفی را با خود حمل کنند، تأکید کرده‌اند [۴، ۱۰، ۱۱، ۲۶]. نتایج این پژوهش از یافته‌های این پژوهشگران مبنی بر اهمیت مداخله در شکست عاطفی حمایت می‌کند. برای بحث درباره نتایج به دست آمده در جهت اثربخش‌تر بودن TA، بر فتون متفاوت TA و CBT تمرکز می‌کنیم. هر دو درمان بر شناخت تأکید می‌کنند با این تفاوت که TA تأکید مضاعفی روی بینش هیجانی دارد [۳۵، ۳۶]. در همین ارتباط، افراد دچار شکست عاطفی از اجتناب هیجانی بیشتری استفاده می‌کنند [۳۷]؛ و دارای مشکلات بین فردی زیادی هستند. TA نسبت به CBT به طور گسترده‌تری به روابط بین فردی، تعاملات و هماهنگی و ناهماهنگی پیام‌ها می‌پردازد. TA به جای نسبت دادن مشکلات هیجانی به افکار خودآیند، بر ریشه‌های تحول، وضعیت زندگی، پیام‌های پیش نویس و نمایشنامه‌ی زندگی تأکید دارد [۱۴، ۳۸، ۳۹]. در برابر آن، CBT در مورد ریشه‌های تحولی شناختواره‌ها از جمله باورهای اصلی، توضیح دقیقی نمی‌دهد. در عوض، آموزش‌های TA، مخصوصاً شناسایی پیش نویس که تجربه‌های آشفته ساز دوران کودکی را به دوره جوانی مراجعین ربط می‌دهد، به افراد دچار شکست عاطفی کمک می‌کنند تا بر هیجان‌ها، باورها، رفتارها و احساس‌های تخریبی خود غلبه کنند [۱۴]. در حالی که درمانگران CBT تجارب دوران کودکی را محور اصلی کار خود قرار نمی‌دهند [۴۰]. آموزش‌های TA در جوی صمیمانه و همراه با احساسات مثبت، موجب پیش بردن مراجع از شناخت سرد به شناخت گرم و سهولت در رسیدن به پیش نویس زندگی‌اش می‌شود، که موجب اشتیاق مراجع در پیگیری درمان و بهبودی بیشتر می‌گردد. فتون TA، مخصوصاً در احیا کودک درون، همزیستی روانی، پیش نویس زندگی، و بازی‌ها شبیه «تخلیه هیجانی»^۱ فروید، «خاطرات بطنی»^۲ کوبی و «پدیده‌ی



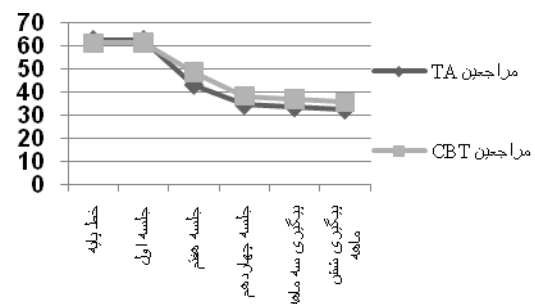
نمودار ۱) فرآیند تغییر نمرات نشانگان ضربه عشق



نمودار ۲) فرآیند تغییر نمرات پرسشنامه افسردگی بک



نمودار ۳) فرآیند تغییر نمرات پرسشنامه اضطراب بک



نمودار ۴) فرآیند تغییر نمرات پرسشنامه نشخوار فکری

1- abreaction
2- gut-memories

قطعه گیجگاهی^۱ پنفیلد است، این فنون داغ باعث تخلیه هیجانی شدید مراجع از شکست عاطفی و فقدان که تجربه کرده است، می‌شود. درمانگر به نوعی با بازوالدینی حمایتگرانه، به مراجع کمک می‌کند تا در جهت اصلاح احساس‌ها و پیش نویس خود گام بردارد [۱۹، ۴۱، ۴۲]. در حالی که در CBT از این فنون کمتر استفاده می‌شود. هر چند CBT در مواردی شناختواره‌های گرم را آماج درمان قرار می‌دهد اما برای این شناختواره‌ها کارائی ندارد. در چنین فرآیندی اجتناب از هیجان، مشکل ساز است. با این حال، اگر مراجعین نتوانند از پس شناختواره‌ها و هیجان‌های داغ بر بیایند و به جای تحمل، از آنها اجتناب کنند، در تغییر باورهای ناسازگارشان با دردسر روبرو می‌شوند و خود را از کارکردهای انطباقی هیجان محروم می‌کنند. فردی که از تحمل ناراحتی گریزان است ممکن است نتواند موقعیت‌های آسیب‌زا را بشناسد و از خود دفاع کند. بنابراین در برقراری روابط صمیمی آتی مشکل پیدا می‌کند و همیشه درگیر رابطه قبلی‌اش می‌ماند. چون معمولاً در میان گذاشتن هیجان‌ها، لازمه رهایی از درد و علائم بالینی ناشی از قطع نابهنگام رابطه (شکست عاطفی) است. در CBT، با استفاده از اکتشاف هدایت شده، به مراجع کمک می‌شود که متوجه تحریف شناختواره‌هایش بعد از شکست عاطفی شود. TA با روش همدلانه و رویارویانه، مراجع را با مشکلاتش روبرو می‌سازد و به او آموزش می‌دهد که بداند اینها مشکلات و علائم مرضی او بعد از شکست عاطفی هستند، چگونه وارد این مشکلات شده و چگونه می‌تواند از آنها خارج گردد. ضمن همدلی با نمایش زندگی مراجع، وی را با این واقعیت مواجه می‌کند که پیش نویس زندگی‌اش نتیجه بخش نیست، تا بتواند پیش نویس بهتری اتخاذ کند. افراد دچار شکست عاطفی، مشکلات بین فردی زیادی دارند [۲۹] و سبک دل بستگی نایمن در آنها رواج دارد [۴۴، ۴۳]. همچنین نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که این افراد مشکلات بین فردی زیادی دارند و این مشکلات به دلیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای است که در ذهن آنها نقش بسته است [۲۶، ۲۸، ۴۵، ۴۶]. در نتیجه این افراد از درمان TA که بیشتر روی مشکلات بین فردی و

ارتباطات کار می‌کند، بهتر نتیجه می‌گیرند. سفران^۲ [۴۷] اعتقاد دارد که در شناخت درمانی، فرآیندهای بین فردی آن چنان که باید، مورد توجه قرار نمی‌گیرد. به همین دلیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد دچار شکست عاطفی با ایجاد چرخه‌های شناختی- بین فردی، موجب اثرگذاری کمتر فنون CBT سنتی می‌شوند. بنابراین برای افزایش اثربخشی CBT، باید به مؤلفه‌های بین فردی و هیجانی بیشتر توجه شود. از این یافته‌ها می‌توان استنباط کرد که TA در هر زمینه‌ای که نیاز به درک روابط بین فردی و ارتباطات باشد اثربخش‌تر است. کلیت تغییر (چند درصد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟) مقایسه میزان بهبودی کلی نشان می‌دهد که مراجعین هر دو درمان، تغییر مثبتی در ضربه عشق، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری نشان دادند. میزان بهبودی مراجعین در TA نسبت به CBT هم در پایان درمان و هم در مراحل پیگیری تغییرات رو به افزایشی داشت. مراجعان در پایان TA، در متغیرهای فوق به ترتیب به ۷۷٪، ۷۴٪، ۷۳٪، ۶۸٪ بهبودی دست یافتند. این درصدها در پایان پیگیری به ۸۱٪، ۷۹٪، ۷۷٪، ۷۳٪ درصد افزایش یافت. به عبارتی TA به خوبی توانست علائم مرضی مراجعان را تعدیل کند. اما مراجعان در پایان CBT، به ترتیب در متغیرهای فوق، به ۶۳٪، ۶۳٪، ۶۴٪، ۶۶٪، ۶۰ درصد بهبودی کلی دست یافتند که در پایان پیگیری به ۶۰٪، ۶۳٪، ۶۳٪، ۶۰٪ کاهش یافت. بدین معنا که درصد بهبودی مراجعین تحت CBT تا پایان درمان، افزایش داشته اما با قطع درمان این درصد بهبودی رفته رفته کاهش یافته است. افزایش درصد بهبودی مراجعان تحت TA، در مرحله پیگیری، شاید به دلیل ماهیت آموزش خودیاری در ارتباطات اجتماعی و درمان عمیق‌تر TA باشد، زیرا هدف نهایی این درمان، آن است که مراجعان خود بتوانند با در پیش گرفتن پیش نویس‌ها، وضعیت‌های زندگی سالم‌تر و ارتباطات مناسب‌تر مشکلات و نیازهای عاطفی و هیجانی خود را برطرف نمایند. مراجع در فرآیند درمان TA مرحله‌ای را طی می‌کند تا به شناخت بیشتر از مشکلی که با آن مواجه شده است، برسد، و تغییرات مثبت و پایداری را در خود به وجود بیاورد. مراحل به این صورت می‌باشد که فرد از مرحله دفاع (مراجع در جستجوی دفاع

کردن از الگوی ناسازگار خود و والدینش است، و شدیداً درگیر چرایی شکست عاطفی خود و تحمل کردن علائم مرضی پس از آن می‌باشد، بدون آن که به حل مسأله پردازد و روند این زمانی/ این مکانی را در پیش بگیرد) به مرحله آزرده‌گی و تسکین علائم (با آگاه شدن از شیوه‌ای که خودش را با دنبال کردن راهبردهای منسوخ دوران کودکی محدود می‌کرده و پی بردن به ارتباط آن با نیازهای تأمین نشده‌ی دوران کودکی، آزرده و خشمگین شده و نسبت به والدینش واکنش منفی نشان می‌دهد، به تدریج خودش را به صورت منفی تجربه می‌کند و نگاه او به والدین مثبت می‌شود. هر سه حالت شخصیتی والد، بالغ، کودک او شروع به تغییرات می‌کند و روز به روز بیشتر به حل مسئله می‌پردازد بدون اینکه وارد پیش نویس شود)، بعد به کنترل اجتماعی (با تشخیص خود به عنوان مشکل، مسئولیت اعمال خویش را به عهده گرفته، کمتر به رفتار پیش نویسی مشغول می‌شود و استفاده از رفتار خودمختار را افزایش می‌دهد)، سپس به درمان انتقال (درمانگر را جایگزین والدین اصلی خود می‌بیند و از آنجایی که این «پدر یا مادر» جدید پیام‌های بیشتری نسبت به والدین اصلی می‌دهد، مراجع کمتر علائم بالینی و مرضی را تجربه می‌کند)، و در نهایت به درمان پیش نویس (حرکت به سمت خارج شدن از پیش نویس و آزاد شدن از سیستم تخریب) می‌رسد [۱۹، ۴۱]. با توجه به یافته‌های بورلسون و دنتون^۱ [۴۸] نقص مهارت‌های ارتباطی، تنها عامل ایجاد مشکلات ارتباطی نمی‌باشد و عواملی نظیر نیت و انگیزه‌ها و بازی‌های روانی نیز می‌توانند بر رضایت روابط بین فردی و قطع رابطه اثر بگذارند، لذا آموزه‌های TA در زمینه‌ی ایجاد جو صمیمانه و گریز از بازی‌های روانی و بخصوص پرهیز از ارائه نوازش‌های منفی غیر شرطی و سرزنش، می‌تواند مراجعین دچار شکست عاطفی را برای بهتر کنار آمدن و بهتر شدن در روابط اجتماعی و عاشقانه آینده سوق دهد. از آنجا که تعامل در زوج‌های آشفته اغلب با رفتار منفی متقابل مشخص می‌شود [۳۳، ۴۹]، در این راستا، آموزه‌های TA در زمینه نوازش و راهکارهای ارائه آن، صمیمیت و بیان آزاد احساسات و خودافشایی در فضایی با امنیت روانی و همدلی متقابل می‌تواند تقابل منفی موجود

در افراد دچار شکست عاطفی را کاهش دهد. میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟) از آنجا که هیچ کدام از مراجعین افت نداشتند و به طور کامل روند درمان را به پایان رساندند، و همچنین آنها همکاری مناسبی در دوره پیگیری داشتند، در این خصوص نمی‌توان مقایسه‌ای بین این دو روش درمانی انجام داد. ثبات دستاوردهای درمان (دستاوردهای درمان چقدر دوام آورده‌اند؟) نتایج در مجموع نشان دهنده ثبات تغییرات ایجاد شده در دوره‌های پیگیری سه ماهه و شش ماهه است. جداول نشان می‌دهند که تغییر ایجاد شده در وضعیت مراجعین تحت درمان TA در طول زمان ادامه می‌یابد، اما CBT بعد از پیگیری‌های سه ماهه و شش ماهه، ثبات کمتری نسبت به TA دارد. سوگ و فقدان ناشی از شکست عاطفی ما را به هسته‌ی خودمان برمی‌گرداند [۱۸]. TA مشکلات کنونی مراجع را به الگوهای دراز مدت زندگی ربط می‌دهد. مراجع با آموزش‌هایی که در TA دریافت می‌کند، با افزایش توانمندی در مهارت‌های ارتباطی، حل مسأله، و هیجانی، اصلاح عملکردهای شناختی، رهایی از پیش نویس‌های ناکارآمد و بازی‌ها، و در عین حال افزایش تفرّد و تحقق خویشی دیگر، رسیدن به خودمختاری، مسئولیت پذیری، ایجاد امید و حسن نیت به خود، دیگری و دنیا، و با انتخاب وضعیت سالم زندگی در طی یک فرآیند اصلاح درونی فردی- بین فردی، فرایند سوگ و پیامدهای شکست را به خوبی حل و فصل می‌کند. همچنین در TA، درمانگر با ایفای نقش فعال در تصمیم‌گیری مجدد و تغییر موفقیت آمیز در پیش نویس بیمار، به جای ارائه‌ی تفسیرهای متعدد، توجه خود را بر فراخوانی احساسات بیمار و تجربه دوباره وقایع دردناک گذشته معطوف می‌سازد، فضای حمایتی لازم را برای بیمار به وجود می‌آورد و فنون رایج در هیپنوتیزم، گشتالت درمانی، رفتاردرمانی و نمایش روانی را مورد استفاده قرار می‌دهد [۱۹، ۴۲]. در نتیجه این درمان تغییرات مثبت عمیق‌تر و پایدارتری ایجاد می‌کند و باعث ارتقا کیفیت روابط و تعاملات بعدی مراجع می‌گردد. در TA، درمانگر آزادی عمل بیشتری دارد تا بین گذشته و حال مراجع ارتباط برقرار کرده، پیش نویس، تمبرها، احساسات یکنواخت و تخریبی مراجع را نشان دهد تا به

1- Burlson & Denton

دو مداخله فوق، می‌تواند تعمیم پذیری یافته را با محدودیت مواجه سازد. همچنین افراد نمونه از طریق فراخوان، آمادگی خود را جهت شرکت در طرح اعلام نمودند، لذا احتمال دارد که این تمایل در نتایج پژوهش بی‌تأثیر نباشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، درمان به صورت گروهی انجام شود. مزیت‌های روان‌درمانی گروهی در مقایسه با روان‌درمانی فردی از جمله تعامل اعضا، الگوگیری، ... دوچندان می‌شود. در واقع اعضای گروه از طریق تعامل با یکدیگر و خودافشایی، دریافت حمایت و همدلی و همچنین احساس درد مشترک می‌توانند در مورد مسائلشان به فهم و بینش وسیع‌تری دست یافته و بهتر با آنها کنار آیند. گرچه بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر دو رویکرد از اثربخشی یکسانی برخوردارند، اما این یافته‌ها را باید یک یافته مقدماتی دانست و به کارگیری این دو شیوه در قالب طرح‌های تک مراجع و آزمایشی در سطح گسترده ضروری می‌نماید. به منظور پیشگیری از شدت مشکلات ناشی از شکست عاطفی و بالا بردن عملکرد افراد دچار شکست عاطفی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌هایی در زمینه‌ی آموزش قبل از ازدواج یا آموزش ارتباطات با جنس مخالف صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌داند از جناب آقای دکتر محمود دهقانی به دلیل همکاری و راهنمایی‌های بی‌دریغ‌شان در اجرا و مراحل پژوهش تشکر و قدردانی نماید.

منابع

- 1- Mousavi AS. Premarital counseling: a practical perspective. Tehran: Mehr Kavian; 2007. [Persian].
- 2- Berk LE. Developmental psychology: from adolescence to adulthood (Volume 2). Translated by Seid Mohammadi, Y. Tehran: Arasbaran; 2008.
- 3- Poursharifi H, Peyravi H, Taremyan F, Zarani F, Vaghar M, Jafari AA. The investigation of mental health between incoming students in 1383 among universities under the Ministry of Science. Tehran Univ & drug control headquarters; 2005. [Persian].
- 4- Rosse RB. The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken. Perseus Publishing, a Member of the Perseus Books Group; 1999.
- 5- Sbarra DA. Predicting the onset of emotional recovery following nonmarital relationship dissolution: Survival analyses of sadness and anger. Pers Soc Psychol Bull. 2006; 32: 298-312.

بینش در روند زندگی‌اش و تصمیم‌گیری مجدد دست یابد و بتدریج علائم شکست عاطفی خود را رفع سازد. به عبارت دیگر، نسبت به CBT، که مشکلات را به تحریف‌های شناختی و افکار ناکارآمد مربوط می‌سازد، TA به صورت عمیق مراجع آموزش را می‌دهد که چه تصمیماتی گرفته، با این تصمیماتش به سمت چه اتفاقاتی می‌رود و در آینده چگونه بتواند پیش نویس خود را تجدید کند. لذا وقتی فرد در آینده با مشکل یا حادثه‌ای بسیار فشارزا (از قبیل برگشتن فرد مورد علاقه، تهدید فرد مورد علاقه و ...) روبرو شود می‌تواند عملکرد بهتری از خود نشان دهد. در مجموع، پژوهش‌ها حاکی از آن است که عواملی نظیر هیجان‌ها و شناخت‌های داغ، گفتگوی منطقی، سبک دلبستگی ناایمن، فرزند پروری نامناسب، مشکلات بین فردی فراوان، روابط ناایمن با مراقبین اولیه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اگرچه از انجام تمرین‌های رویارویی، و مشکل در شناسایی زندگی طرح‌ریزی شده‌ی اولیه مراجع، باعث سنگ اندازی در روند اجرای CBT می‌شود. و گاهی اوقات شدت عواطف چنان فرآیندهای شناختی را درگیر می‌کند که فنون مثل «بررسی شواهد»، «مزایا و معایب» و «گفتمان منطقی» نمی‌تواند راه‌گشا باشد. عشق بیشتر در سطح مضمونی پردازش می‌شود، بنابراین فنون سنتی درمان شناختی- رفتاری که سطح گزاره‌ای را هدف درمان قرار می‌دهند ممکن است نتوانند فرد را به بینش هیجانی برسانند، و عمیقاً به مشکلات مراجع بپردازد [۲۶]. در حالی که TA به صورت عمیق روی این عوامل و شناسایی آنها از طریق جولان دادن بر نمایشنامه زندگی و جستجوی ریشه‌های سبک زندگی، پیش نویس و احساس‌های تخریبی کار می‌کند [۵۰] و سعی در ایجاد بینش مراجع نسبت به آنها دارد، و همین باعث ثبات اثربخشی درمان می‌شود. همان‌طور که گفته شد نتایج این پژوهش، از یافته‌های پژوهش‌های پیشین مبنی بر اهمیت مداخله در سوگ و شکست عاطفی حمایت می‌کند [۴، ۸، ۱۰، ۱۱، ۲۶]. از جمله محدودیت‌های این پژوهش تکیه صرف بر ابزارهای خودگزارشی مربوط به نتایج درمان، عدم وجود گروه کنترل، محدودیت نمونه، و اجرای هر دو مداخله توسط یک فرد، یعنی محقق است که این امر ضمن ایجاد شرایط یکسان و قابل مقایسه برای گروه‌ها، به دلیل بضاعت تخصصی نابرابر درمانگر در اعمال

- problems. Translated to Persian by Ghasemzadeh H. Tehran: Arjomand; 2004.
- 24- Poling K. Cognitive Behavioral Therapy: Modifications and Techniques Modifications and Techniques for Depressed Teens for Depressed Teens: CBT Techniques to Help a Teen with a Romantic Breakup. Services for Teens at Risk. STAR-Center Outreach, Western Psychiatric Institute & Clinic; 2006.
- 25- Abedi MR. Counseling with lovers. Presented in 2nd Mental Health of students Seminar. Tehran: Tarbiat Modares University; 2003. [Persian].
- 26- Hamidpour H. Preliminary study of efficacy and effectiveness of schema therapy in the treatment of students love failures. Paper presented at the 5th National Seminar on mental health. Tehran: Shahed University; 2006. [Persian].
- 27- Gall MD, Borg WR, Gall JP. Qualitative and quantitative research methods in educational sciences and psychology (Vol I). Translated to Persian by Nasr AR, Arizi HR, Abolghasemi M, et al. Tehran: Samt & Shahid Beheshti University; 2003.
- 28- Manteghi M. Mental Health in sensational love. Tehran: Besat; 2011. [Persian].
- 29- Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1982.
- 30- Mansouri A. Comparison of fear, obsession and rumination in patients with anxiety disorders, depression and normal subjects. Master's thesis. Tabriz: Tabriz University; 2009. [Persian].
- 31- Fathi-Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: personality and mental health evaluation. Tehran: Besat; 2009. [Persian].
- 32- Kendall PC, Flannery-Schroeder EC, Ford JD. Therapy outcome research methods. In Kendall PC, Butcher JN, Holmbeck GN. (Eds). Handbook of research methods in clinical psychology. New York: John Wiley & Sons Inc. 1999; 330-363.
- 33- Ogles BM, Lunner KM, Bonesteel K. Clinical Significance: History, application and current practice. Clin Psychol Rev. 2001; 21: 421-446.
- 34- Kazdin AE. The meanings and measurement of clinical significance. J Consult & Clin Psychol. 1999; 67: 332-339.
- 35- Leahy RL. Cognitive therapy techniques. Translated to Persian by Fata L, Shakiba Sh, Tahmasebi Moradi Sh, Nasseri H, Ziaei K. Tehran: Danjeh; 2009.
- 36- Berne E. What do you say after you say hello? Translated to Persian by Gharachedaghi M. Tehran: Alborz; 1991. [Persian].
- 37- Borkovec TD, Inz J. The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. Behav Res & Ther. 1990; 28: 153-158.
- 6- Davis D, Shaver PR, Vernon ML. Physical, emotional, and behavioral reactions to breaking up: The roles of gender, age, emotional involvement, & attachment style. Pers Soc Psychol Bull. 2003; 29: 871-884.
- 7- Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psych Bull. 1995; 117: 497-529.
- 8- Parkes CM. Love and loss: the roots of grief and its complications. Routledge. Taylor & Francis Group. London and New York; 2006.
- 9- O'Neill C, Keane L. Love and grief: the dilemma of facing love after death. Jessica Kingsley Publishers; 2005.
- 10- Dehghani M. Effectiveness of short-term psychotherapy on symptoms of love trauma syndrome. PhD thesis. Tehran Psychiatric Institute; 2010. p. 1-92. [Persian].
- 11- Luquet W. Short-term couples therapy: the Imago model in action. Routledge Taylor & Francis Group. New York; 2007.
- 12- Mirmohammad Sadeghi M. Premarital Education. Tehran: prevention deputy of welfare organization; 2004. [Persian].
- 13- Othmer E, Othmer SC. The clinical interview using DSM-IV-TR. Translated by Arumandi H, & Beheshti M. Tehran: Nasle Farda; 2004.
- 14- Joines V, Stewart I. TA today: a new introduction to transactional analysis, Translated to Persian by Dadgostar B. Tehran: Dayereh; 2009.
- 15- Johnsson R. Transactional analysis psychotherapy: Three Methods Describing a Transactional Analysis Group Therapy [Doctoral dissertation]. Department of Psychology, Lund University. 2011; 5-75.
- 16- James M, Savary L. A New Self: Self Therapy with Transactional Analysis. Publisher: Addison-Wesley; 1977.
- 17- Murakami M, Matsuno T, Koike K, Ebana S, Katsura T. Transactional analysis and health promotion. Symposium abstracts, J Psychosom Res. 2005; 58: 7-29.
- 18- Greeff AP. Characteristics of families that function well. J Fam Issues. 2000; 21(8): 948-962.
- 19- Stewart I. Transactional Analysis Counseling in Action (Counseling in Action series). 3rd Ed, illustrated, revised. U.S.A.: SAGE Inc; 2007.
- 20- Halford WK. Brief therapy for couples. Translated to Persian by Tabrizi M, Kardani M, Jafari F. Tehran: Fara Ravan; 2005.
- 21- Beck A, Weishaar M. Cognitive therapy In: Corsini R, Wedding D, Eds, Current psychotherapies (6th ed.), Peacock, Itasca, IL; 2000. p. 241-272.
- 22- Yalom ID. Inpatient group psychotherapy. New York: Basic Books; 1983.
- 23- Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behavior therapy for psychiatric

- 38- James M, Jongeward D. Born to win. Translated to Persian by Hassan Zadeh, Gh. Tehran: Asia; 2005.
- 39- Steiner C. Emotional Literacy; Intelligence with a Heart (Based on Transactional Analysis). United States of America: Personhood Press; 2003.
- 40- Young J, Klosko J, Weishaar M. Schema Therapy: a Practitioner's Guide. Translated to Persian by Hamidpour H, Andouz Z. Tehran: Arjomand; 2007. [Persian].
- 41- Berne E. Transactional Analysis. Translated to Persian by Fasih E. Tehran: No; 2010.
- 42- Wolf A, Kutash I. Psychotherapist's casebook. Translated to Persian by Boroumand R. Tehran: Rasa Institute for Cultural Services; 2008.
- 43- Akbari E, Mahmoud Alilou M, Khanjani Z, Poursharifi H, Fahimi S, Amiri Pichakolaei A, Azimi Z. Early maladaptive schemas and attachment styles of students who have failed in love with and without the clinical syndrome. Tehran: Iranian J Psychiatry & Clin Psychol. 2012; 18(3). [Persian].
- 44- Karkhaneh S. The role of attachment styles and personality characteristics in predicting the consequences of failure in love. Karaj Tarbiat Moallem University. Master's thesis; 2010. [Persian].
- 45- Fahimi S, Poursharifi H, Akbari E, Azimi Z, Amiri Pichakolaei A. The difference in clinical syndrome of emotional breakdown mediated by perceived social support. J Contemporary Psychol; under the arbitration. [Persian].
- 46- Amiri-Pichakolaei A, Khanjani Z, Poursharifi H, Akbari E, Azimi Z, Mahmoud-Aliloo M, Fahimi S, Ghasempour A. The Introductory Investigation of the Causes of Continuing Clinical Syndromes of Emotional Breakdown Based on Attachment Styles and Early Maladaptive Schemas. J thought & behavior in clinical psychology. 23(1) Roudehen Islamic Azad University. [Persian].
- 47- Safran TD. Toward a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: theory (I). Clin psychol Rev. 1990; 10: 87-205.
- 48- Burleson B, Denton WH. The relationship between communication skill and marital satisfaction: some moderating effects. J Marriage & Fam. 1997; 59(4): 884-902.
- 49- Sappington AA. Mental Health. Translated to Persian Shahi Baravaty HR. Tehran: Ravan; 2003.
- 50- Akbari E, Poursharifi H, Azimi Z, Fahimi S, Amiri-Pichakolaei A. The Effectiveness of Transactional Analysis Group Therapy on Couples with Emotional Divorce Experience. J Fam Couns & psychotherapy; under the arbitration. [Persian].