



مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی و درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر بر نشخوار فکری در افراد با سندرم ضربه عشقی

دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، آستارا، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

شیرین آراین‌نژاد ^{id}

مهديه صالحی* ^{id}

صادق تقی‌لو ^{id}

مهناز استکی ^{id}

iranpour1000@yahoo.com

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۰۸ ایمیل نویسنده مسئول:

دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۰۳

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۳ پیاپی ۷ | ۴۵۹-۴۴۱

پاییز ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی با درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر بر نشخوار فکری در افراد با سندرم ضربه عشقی بود. روش پژوهش: این مطالعه نیمه‌آزمایشی، از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان پژوهش، از میان سه کلینیک روان‌شناختی در منطقه دو تهران ۵۱ نفر با سندرم ضربه عشقی به روش نمونه‌گیری هدفمند طبق معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (هر گروه ۱۷ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی اول ۱۲ جلسه درمان هیجان‌مدار فردی، گروه آزمایشی دوم ۱۲ جلسه درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر دریافت کردند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مقیاس پاسخ نشخوار گونه نولن-هوکسما و مورو (۱۹۹۱) جهت جمع‌آوری داده‌ها توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که اثربخشی درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر و درمان هیجان‌مدار فردی بر نشخوار فکری ($F=13/17$, $P=0/001$) در افراد با سندرم ضربه عشقی در پس‌آزمون موثر بود و درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر نسبت به درمان هیجان‌مدار فردی اثربخش‌تر بود؛ همچنین تغییرات ناشی درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر و درمان هیجان‌مدار فردی بر هر سه مؤلفه سه ماه بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده بود. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر می‌تواند پایه‌ای برای به‌کارگیری هنر در درمان‌های روان‌شناختی جهت اثربخشی بیشتر درمان‌ها برای روانشناسان کاربردی باشد.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(آراین‌نژاد، صالحی، تقی‌لو و استکی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

آراین‌نژاد، شیرین، صالحی، مهديه، تقی‌لو، صادق، و استکی، مهناز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی و درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر بر نشخوار فکری در افراد با سندرم ضربه عشقی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۳): ۴۵۹-۴۴۱.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، هنر درمانی، نشخوار فکری، سندرم ضربه عشقی

مقدمه

بسیاری از پژوهشگران اعتقاد دارند (زونارو، ۲۰۱۹) یکی از سخت‌ترین و فراگیرترین تجربه‌های فقدان و سوگ را می‌توان در ناکامی ناشی از فروپاشی روابط عاشقانه مشاهده کرد. این فروپاشی افسردگی و خشم، احساس ناامنی عمیق، احساس درماندگی، گناه، هراس، ناامیدی، بدبینی، بی‌قراری، آسیب‌پذیری، نشانه‌های فیزیکی مانند سردرد و آشفته‌گی در خواب، بی‌اشتهایی یا پرخوری و غیره ایجاد می‌کند (ترکلسون و استروناچ، ۲۰۱۵). به عقیده راس (۱۹۹۹) هنگامی که تجربه از دست دادن عشق بسیار ناراحت‌کننده باشد، آن را ضربه عشقی^۱ می‌نامیم. ضربه عشقی نوعی فشار روانی است که به بروز مشکلات عاطفی شدید و طولانی مدت منجر می‌شود، عملکرد اجتماعی و حرفه‌ای او را مختل می‌کند و کیفیت زندگی را تنزل می‌دهد. راس (۱۹۹۹) این واکنش عمیق نسبت به از دست دادن عشق یا تهدید به از دست دادن عشق را «سندرم ضربه عشق^۲» نامیده است. سندرم ضربه عشق مجموعه‌ای از علائم است که همچون الگویی قابل پیش‌بینی ظاهر می‌شود. این علائم عبارتند از: ۱- آشفته‌گی عاطفی شدید که شامل ترس، اضطراب، غم، خشم و غیره، ۲- رویداد ضربه عشقی مکرراً به شکل‌های الف) اختلال در خواب، ب) هیجانات آسیب‌زای مرتبط با ضربه عشقی، پ) افکار و خیالپردازی‌های وسواس‌گونه در راستای ضربه عشقی، ت) آشفته‌گی هیجانی شدید هنگام مواجهه با محرکات مرتبط با ضربه عشقی، ج) واکنش‌های فیزیکی (درونی یا بیرونی) در مواجهه با محرکات مرتبط با ضربه عشقی (سرگیجه، تهوع، افزایش ضربان قلب) تجربه می‌شود، ۳- اجتناب از یادآوری ضربه عشقی، ۴- بدبین شدن نسبت به روابط عاطفی آینده، ۵- کاهش ظرفیت فرد برای تجربه احساسات عاشقانه (راس، ۱۹۹۹، ترجمه فاطمه مسعودی و همکاران، ۱۳۹۷). به طور کلی مهم‌ترین علائم سندرم ضربه عشقی را می‌توان در چهار واژه کلیدی؛ برانگیختگی^۳، اجتناب^۴، یادآوری خودکار^۵ و بی‌حسی هیجانی^۶ خلاصه کرد. برانگیختگی هیجانی که با علائم اضطرابی مختلفی بروز می‌کند، اجتناب اشاره به فرار از رویارویی با هر نشانه‌ای که ضربه عشق را تداعی می‌کند، دارد. یادآوری خودکار به مرور افکار و خاطرات و بی‌حسی هیجانی به کاهش توانایی بعضی افراد در تجربه احساسات عاشقانه پس از سندرم ضربه عشقی، اشاره دارد. فروپاشی رابطه عاطفی آنقدر قدرتمند است که افسردگی (لیانگ و هورن، ۲۰۲۰؛ وارهلن، رنکن و مارسمام، ترهورست، ۲۰۱۹)، خشم (پوروکو و فیتیریا، ۲۰۱۸)، احساس ناامنی عمیق (فیشر، زیامنگ، آرون و براون، ۲۰۱۶)، احساس درماندگی و گناه (هارکونن، ۲۰۱۶)، از دست دادن تمرکز، نشانه‌های جسمی مثل مشکلات سیستم ایمنی، سردرد، بی‌نظمی در خواب، و غیره (مورای، هاسلتون، فالس، کله، ۲۰۱۹) تولید می‌کند. همچنین افراد با تجربه سندرم ضربه عشقی با افکار و خیالپردازی‌های مکرر وسواس‌گونه در راستای ضربه عشقی مواجهه هستند (راس، ۱۳۹۷) به همین دلیل یکی از اختلالات مهم تجربه شده در این افراد، نشخوار فکری^۷ شدید درباره رویداد ضربه عشقی است که می‌تواند آنقدر شدید و غیرقابل کنترل باشد که عملکرد روزانه و تمرکز فرد را مختل کند (ترن و جورمن، ۲۰۱۵). نشخوار فکری به افکاری مقاوم، عودکننده و

1. love trauma
2. love trauma syndrome
3. arousal
4. avoidance
5. automatic remembering
6. emotional anaesthesia
7. rumination

کنترل‌ناپذیر گفته می‌شود که درباره یک موضوع معین تکرار می‌پذیرند. این افکار به طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند. ویژگی‌های اصلی مرتبط با نشخوار فکری شامل عاطفه منفی، علائم استرس و افسردگی، تفکر جهت‌دار منفی، حل مسئله ضعیف، انگیزش آسیب‌دیده و سازگاری هیجانی مختل است (فلسفی و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۷). در واقع بر اساس مدل طرحواره‌های هیجانی^۱ افراد معمولاً هنگام تجربه اتفاق‌هایی با بار هیجانی (مثل تجربه شکست عشقی)، در صورت ارزیابی منفی هیجان‌ها به این نتیجه می‌رسند که هیجان‌ها مسأله‌ساز بوده و مدام درباره تجربه هیجانی خود به نشخوار فکری می‌پردازند (لورنزو، ۲۰۱۷). همچنین بر اساس مدل توصیفی-کنشی^۲ که توسط تدسچی (۱۹۹۹) ارائه شده و در سال ۲۰۰۴ مورد تجدیدنظر وی قرار گرفته است؛ حوادث سانحه‌ای (ترومایی) موجب فروپاشی طرحواره‌های (باورهای بنیادین) قبل از سانحه، تغییر اهداف قبلی و شیوه‌های معنادهی به هیجان‌ات شدید می‌شود، این امر در ابتدا آشفتگی روانی فرد را در پی دارد؛ سپس در پاسخ به این شرایط، مکانیسم‌هایی همانند نشخوار فکری به راه می‌اندازد تا از تداوم وضعیت بوجود آمده جلوگیری کند. بنابراین معمولاً افراد بعد از تجربه شکست عشقی از طریق نشخوار فکری و ارزیابی‌های مجدد^۳ شناختی مکرر سعی دارند با اتفاق آسیب‌زا کنار آیند. نشخوار فکری هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت غیربالینی اتفاق می‌افتد و وقوع آن محدود به هیچ یک از آسیب‌های روانشناختی نیست (مداحی، ۱۳۹۱). یافته‌های تجربی ارتباط میان تمایل به نشخوار فکری و اختلال‌های شناختی و هیجانی مانند ناتوانی در بازداری اطلاعات نامربوط و دشواری تغییر از اطلاعات قدیمی به اطلاعات جدید (جوزفسون و همکاران، ۲۰۱۷)، آسیب دیدن تمرکز، افسردگی، اضطراب (لیو، گیلبرت، تامپسون، ۲۰۱۹) خشم (الیسون، ۲۰۱۶) و احساس کاهش کنترل در زندگی را نشان داده‌اند (معنوی‌پور و شاه‌حسینی، ۱۳۹۴).

یکی از درمان‌هایی که می‌تواند برای این افراد مناسب باشد، درمان هیجان‌مدار^۴ است. از دیدگاه درمان هیجان‌مدار شکست عشقی، یک ترومای ارتباطی^۵ یا ترومای پیچیده^۶ محسوب می‌شود که در طبقه ترومای ازدست‌دادن^۷ قرار می‌گیرد. تروما ضربه‌ای است که مغز قادر به هضم و پردازش آن نیست. وقتی یک رابطه عاطفی بدون رضایت یکی از طرفین تمام شود، به طوریکه چندین سؤال بی‌جواب در ذهن او درباره پایان رابطه وجود داشته باشد، فرد دچار سندرم ضربه عشقی می‌شود (گرینبرگ، ۲۰۱۷)، ترجمه اکبری، رفیع، ۱۳۹۶). درمان هیجان‌مدار، اولین بار در اوایل سال ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ^۸ در کتاب زوج‌درمانی آنان تحت عنوان زوج‌درمانی هیجان‌محور^۹ برای توصیف رویکرد زوجی ابداع شد، اما بعدها این درمان در حوزه فردی گسترش یافت (گرینبرگ و گلدمن، ۱۳۹۶). در حوزه فردی ابتدا رویکرد با عنوان درمان پردازشی-تجربه‌ای^{۱۰} معروف بود که ریشه‌های آن در نوانسان‌گرایی^{۱۱} و رویکرد تجربه‌ای قرار دارد. در طول

1. emotional schemas
2. functional-descriptive model
3. reappraisal
4. emotion focused therapy
5. relational trauma
6. complex trauma
7. losing trauma
8. Johnson & Greenberg
9. emotion-focused couple therapy (EFT-C)
10. process experiential
11. neohumanistic

زمان افزایش شناخت درباره نقش اساسی هیجان در عملکرد انسان و درمان، باعث تغییر نام آن به درمان هیجان‌مدار شد (گرینبرگ، ۱۳۹۶). در واقع درمان هیجان‌مدار نوعی درمان است که بوسیله بررسی نقش هیجان در تغییر درمانی، شناخته می‌شود و یک رویکرد مورد التقاطی به درمان است. این رویکرد التقاطی است چون پایه‌های درمان مراجع‌محوری (راجرز، ۱۹۵۷)، گشتالت درمانی^۱ (پرز، هفرلین و گودمن، ۱۹۵۱)، درمان تجربه‌گرایی^۲ (گندلین، ۱۹۹۶) و درمان وجودی (فرانکل، ۱۹۵۹؛ یالوم، ۱۹۸۰) را با نظریه مدرن هیجان، شناختی، دلبستگی^۳، روان‌پویشی^۴ با یک روش سازه‌گرایی دیالکتیکی^۵ تلفیق می‌کند. تحقیقات مختلفی تاثیر درمان هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی و ناکامی را نشان داده است (بیرامی، هاشمی، بخشی‌پور، محمودعلیلو و اقبالی، ۱۳۹۳). همچنین رویکرد درمان هیجان‌مدار موجب استفاده بیشتر از راهبردهای مثبت شناختی تنظیم هیجان می‌گردد و بر تنظیم شناختی هیجان تاثیرگذار است (کرمی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۵).

درمان هیجان‌مدار همچون سایر درمان‌های روانشناختی از تکنیک‌هایی استفاده می‌کند تا مراحل درمانی گفته شده با سهولت بیشتری ادامه پیدا کند (گیلسنتی، استرودل و کینگ، ۲۰۱۸). به همین دلیل دغدغه پژوهشگر در این راه این است که بتواند تکنیک‌های یک درمان دیگر را به عنوان تسهیل در روند تکنیک‌های درمان هیجان‌مدار به کار ببرد و آن درمان، هنر درمانی است که در ادامه به علت انتخاب این درمان هم پرداخته شده است. هنر درمانی^۶ همچون یک نظام معین به سرعت در طی ۳۰ سال گذشته رشد کرده است. تاریخچه هنر درمانی به سه دیدگاه مختلف باز می‌گردد؛ اولین دیدگاه برگرفته از هنر کودکان است. فرانتس سیزک (۱۹۰۰) اعتقاد داشت که کودکان در هنر آزادانه احساسات خود را بروز می‌دهند. دیدگاه دوم از حیطه روانپزشکی سرچشمه می‌گیرد. هانس پرینزهون^۷ بر اساس هنر نقاشی بیماران مبتلا به اختلالات روانی در بیمارستان روانپزشکی، کتاب «هنرمندی بیماران روانی»^۸ را به چاپ رساند و دیدگاه سوم از آدریان هیل (۱۹۴۵)، یعنی اولین شخصی که اصطلاح هنر درمانی را در کتاب خود به نام «هنر در برابر بیماری»^۹، سرچشمه می‌گیرد. در هنر درمانی اشکال هنر شامل هنر نمایش، رقص، موسیقی، نقاشی، فیلم، شعر و غیره به عنوان ابزار درمانی به کار برده می‌شود و در زمینه ایجاد و استمرار در ارتباط، شکل جایگزینی از ارتباط برقرار کردن را فراهم می‌آورند. مراجعانی که در جلسات هنر درمانی شرکت می‌کنند، نیازی ندارند که با مهارت‌های هنری آشنا باشند یا تجربه‌های هنری قبلی داشته باشند و همچنین هنر درمانگر نیز به ساخت یک اثر هنری زیبا تأکید نمی‌کند. اولین ابزار هنر درمانی، نقاشی است. در واقع نقاشی دریچه‌ای است به سوی استفاده از هنرهای دیگر به همین علت در این پژوهش از نقاشی استفاده خواهد شد. همچنین کاربرد نقاشی در جلسه درمان به واسطه ابزارهای آن قابلیت اجرایی دارد؛ اما باید بدانیم در هنر درمانی نقاشی به تنهایی کافی نیست و برای گسترش فرایند درمانگری و ارتباط برقرار کردن مراجع با ابزار هنر استفاده از روش‌های

1. Gestalt therapy
2. experiential
3. attachment theory
4. psychodynamic
5. dialectical constructivism
6. art therapy
7. Hans Prinzhorn
8. artistry of the mentally
9. art versus illness

دیگر کاملاً ضروری است (دشماخ، هولمز و کاردنو، ۲۰۱۸). این موضوع که چرا هنر درمانی در این پژوهش به عنوان یک درمان در کنار درمان هیجان‌مدار انتخاب شده، مسئله مهمی است، که باید به آن پرداخته شود؛ به همین دلیل با تکیه بر این گفته‌ها هنر درمانی را به علت تسهیل‌گری در روند ابراز خود^۱، ابراز هیجان (زایدال، ۱۳۹۸)، و خوداکتشافی^۲ افراد می‌توان به عنوان یک درمان تکمیلی به هیجان‌مدار اضافه و تأثیر آن را در روند درمان مشاهده کرد. یکی دیگر از علت‌های انتخابی هنر درمانی این است که هنر کمک می‌کند تا فرد تجربه وسیعی برای تماس با میدان‌های مختلف بدنی، هیجانی و شناختی به دست آورد و گشتالت‌های ناقص فکری و احساسی را که در ذهن او به وسیله مشکلات و آسیب‌ها به اصطلاح حالت بریده بریده شده پیدا کرده است، پیوند دهد. در نظریه گشتالت این اعتقاد وجود دارد که چون انسان‌ها فقط می‌توانند توجه خویش را به برخی از جنبه‌های تجارب متمرکز کنند، نمی‌توانند راه‌حل‌های خلاقانه‌ای برای مشکلات خود بیابند و این نگاه‌های محدود مانع تماس کامل و سالم با خودشان می‌شود (روبینز، ۲۰۱۶). در نهایت پژوهش‌های مختلف تأثیر هنر درمانی را بر اضطراب، هیجان‌ها، عزت‌نفس، پرخاشگری و ناسازگاری را تأیید کرده است (اسچوتن و همکاران، ۲۰۱۵).

با توجه به اهمیت روابط عاطفی، مشکلات ناشی از فروپاشی آن در سلامت روان افراد و به حداقل رساندن تبعات ناشی از شکست عاطفی، شناخت درمان‌های مناسب برای این افراد بسیار حائز اهمیت است. تحقیقات کنترل شده محدودی در داخل و خارج از کشور به منظور درمان افراد دچار شکست عاطفی صورت گرفته است. با توجه به علائمی که این افراد بعد از فقدان تجربه می‌کنند، و همچنین گسترش نظریه دلبستگی و پررنگ بودن نقش هیجان‌ها به مقوله ارتباط‌های عاشقانه، انتظار می‌رود درمان هیجان‌مدار که تأکید اصلی آن بر بحث دلبستگی و هیجان‌ها است می‌تواند درمان مناسبی جهت کاهش نشخوار فکری در این افراد باشد. اما جدا از این مسئله این پژوهش به دنبال اضافه کردن درمانی به درمان هیجان‌مدار جهت اثربخشی بیشتر آن است. متأسفانه در جامعه ما ابراز هیجان و حرف زدن در مورد هیجان بخصوص در حیطه عشق و روابط عاشقانه مسئله‌ای مهجور است و گاهی این مسئله باعث شده افراد در موقعیت‌های مربوط به شکست عشقی رفتارهای متناقض از خود نشان دهند. به طور مثال برای نگه‌داشتن عزت نفس خود و یا احساس شرم و گناه از ابراز ناراحتی از این آسیب سرباز می‌زنند. به همین دلیل این پژوهش هنر درمانی را به علت تسهیل‌گری در روند ابراز هیجان، رسیدن به خودآگاهی مراجع و همچنین رشد خلاقیت به عنوان یک درمان تکمیلی به هیجان‌مدار اضافه خواهد کرد تا تأثیر آن را در روند درمان مشاهده کند. همچنین در نهایت به علت علاقه شخصی به «هنر» و پیوند آن به روانشناسی با مبحث هنر درمانی و طبق مطالعات متوجه شدم که این درمان می‌تواند جایگاه مهمی کنار درمان‌های روان‌شناختی دیگر برای افراد جامعه ما داشته باشد و حتی باعث شود دیدگاه مردم نسبت به بحث درمان‌های روان‌شناختی بهتر شود. با توجه به مطالب بیان شده و کمبود پژوهش‌های انجام شده در خصوص افراد با سندرم ضربه عشقی و ترکیب درمان‌های روان‌شناختی با کاربرد هنر، این پژوهش با هدف معرفی روش درمانی جدید (تلفیق درمان هیجان‌مدار و هنر درمانی) به منظور افزایش اثرات مثبت درمان هیجان‌مدار، کاهش مقاومت مراجع، افزایش انگیزه و تسریع جریان بهبودی طراحی شد و سپس به دنبال پاسخگویی به این سؤال است:

1. self-expression
2. self-exploration

۱. آیا درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر و درمان هیجان‌مدار فردی بر نشخوار فکری در افراد با سندرم ضربه عشقی در مرحله پس‌آزمون موثر است؟
۲. آیا درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر و درمان هیجان‌مدار فردی بر نشخوار فکری در افراد با سندرم ضربه عشقی در مرحله پیگیری پایدار است؟
۳. آیا بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر و درمان هیجان‌مدار فردی بر نشخوار فکری در افراد با سندرم ضربه عشقی، تفاوت وجود دارد یا خیر؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و از نظر ماهیت، یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل مراجعه‌کنندگان (زن و مرد) ۲۵ تا ۴۵ ساله با تجربه سندرم ضربه عشقی به کلینیک‌های روان‌شناختی در منطقه ۲ شهر تهران در بهار و تابستان ۱۴۰۱-۱۴۰۰، بود. جهت اجرای پژوهش از بین مراکز روان‌شناختی شهر تهران، سه مرکز در منطقه دو تهران به صورت در دسترس انتخاب شد. طبق نظر دلاور (۱۳۸۴) برای پژوهش‌های از نوع آزمایشی و شبه‌آزمایشی حجم نمونه با حداقل تعداد ۱۵ نفر در هر گروه در شرایط کنترل شده، صورت می‌گیرد (دلاور، ۱۳۸۴). به همین دلیل نمونه این پژوهش با احتساب افت آزمودنی شامل ۳۴ نفر با سندرم ضربه عشقی به روش نمونه‌گیری هدفمند طبق معیارهای ورود و خروج (معیارهای ورود: افراد با تجربه سندرم ضربه عشقی (بررسی از طریق پرسشنامه ضربه عشق؛ داشتن نمره بین ۱۰ تا ۱۹ که نشان‌دهنده نشانگان ضربه عشق است)، افراد بین سنین ۲۵ تا ۴۵ سال، مجرد بودن، رابطه عاطفی آنان حداقل ۶ ماه به طول انجامیده باشد، سپری شدن حداقل سه ماه از تمام شدن رابطه عاطفی، داشتن رضایت به شرکت در پژوهش. معیارهای خروج: افراد با مشکلات روان‌شناختی (بررسی از طریق مصاحبه)، مصرف داروهای روانپزشکی و دریافت خدمات روان‌شناختی همزمان، افراد همجنس‌گرا، غیبت بیش از دو جلسه) انتخاب شدند، سپس شرکت‌کنندگان با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه گواه قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

۱. **سیاهه ضربه عشق**^۱. این سیاهه ده ماده‌ای توسط راس (۱۹۹۹) برای سنجش شدت ضربه عشق از طراحی شده است که یک ارزیابی کلی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری فراهم می‌کند. اگر نمره بین ۲۰ تا ۳۰ باشد یعنی سندرم ضربه عشقی شدید است و فرد نیازمند کمک حرفه‌ای و تخصصی است و نمره بین ۰ تا ۱۰ بیانگر نشانگان ضربه عشقی کاملاً در سطح قابل تحمل و کنترل شدنی است و به طور جدی زندگی را تخریب نمی‌کند. در پژوهش دهقانی (۱۳۸۹) ضریب همسانی درونی ۰/۸۹۰ و پایایی با روش بازآزمایی ۰/۸۳ و روایی آن در پژوهش اکبری و همکاران (۱۳۹۱)، ۰/۸۱ محاسبه گردید که نشان‌دهنده پایایی و روایی مناسب این سیاهه است. لازم به ذکر است افرادی که نمره آنها بالاتر از ۱۰ بود در پژوهش وارد شدند.

۲. **مقیاس پاسخ نشخوارگونه**^۱. این مقیاس ۲۲ ماده‌ای توسط نولن- هوکسما و مورو^۲ (۱۹۹۱) و با نمره‌گذاری روی مقیاس ۴ درجه‌ای طیف لیکرت (تقریباً هرگز= ۱ تا تقریباً همیشه= ۴) تدوین شده است که دامنه‌ای بین ۲۲ تا ۸۸ را دربرمی‌گیرد. به علاوه این مقیاس شامل سه خرده مقیاس؛ حواسپرتی^۳، تعمق^۴ و درفکر فرو رفتن^۵ است. این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ دارد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالای آن است (لومیت، ۲۰۰۴). همبستگی درون طبقه‌ای برای پنج بار اندازه‌گیری ۰/۷۵ و همبستگی بازآزمایی برای مدت بیش از ۱۲ ماه ۰/۶۷ و آلفای کرونباخ در نمونه‌های ایرانی ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی سه هفته ۰/۸۲ گزارش شده است (لطفی‌نیا، ۱۳۸۶). همچنین در پژوهش باقری‌نژاد، صالحی‌فرددی و طباطبایی (۱۳۸۹) به منظور بررسی روایی همگرا، همبستگی بین پرسشنامه نشخوار فکری و پرسشنامه افسردگی و اضطراب یک را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۵۶ برآورد کردند.

۳. **پروتکل درمان هیجان‌مدار فردی**. روش درمان هیجان‌مدار فردی پژوهش حاضر مبتنی بر پروتکل درمانی گرینبرگ (۲۰۱۷)، ترجمه اکبری و رفیع، (۱۳۹۶) در ۱۲ جلسه یکساعته به صورت هفتگی و حضوری برگزار شد. شرح جلسات درمان هیجان‌مدار در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	پیش‌آزمون، ایجاد رابطه‌آهنه، معرفی و شرح‌حال‌گیری، بررسی مثلث هیجان - فکر - رفتار پیرامون تجربه شکست عاطفی، درک همدلانه
جلسه دوم	مشاهده پردازش هیجانی مراجع، شناسایی پاسخ‌های هیجانی انکارشده
جلسه سوم	ادامه شناسایی پاسخ‌های هیجانی انکارشده و انعکاس دادن آن به مراجع، شناسایی تجربه‌های هیجانی منفی پیرامون تجربه شکست عاطفی در مراجع، اعتباربخشی احساسات اینجا و اکنون
جلسه چهارم	شناسایی و معرفی هیجان‌های اولیه (غم، خشم، شادی، نفرت، ترس)، تفکیک هیجان‌های اولیه و ثانویه، فراخوانی تجربه‌های هیجانی منفی پیرامون تجربه شکست عاطفی در مراجع و تجربه مجدد آن، اعتباربخشی احساسات اینجا و اکنون
جلسه پنجم	ایجاد حمایت برای تجربه هیجانی، برانگیختگی و فراخوانی تجربیات هیجانی آسیب‌زا پیرامون شکست عاطفی، تاگشایی هیجان اصلی از طریق بازآزمایی یکی از صحنه‌های اضطراب‌زا پیرامون شکست عاطفی، قاب‌دهی مجدد
جلسه ششم	ادامه شناسایی هیجان‌های اولیه، رسیدن به طرحواره‌های هیجانی سازگار و افزایش پذیرش نسبت به تجربه پدیدار شونده از طریق بازبینی احساسات، بررسی نشانگان بدنی در جلسه درمان و زندگی روزمره زمان یادآوری خاطرات با بار هیجانی منفی پیرامون شکست عاطفی، تمرین تنظیم تنفس

1. rumination response scale (RRS)
2. Nolen-Hoeksema & Morrow
3. distraction
4. reflection
5. brooding
6. rapport

ادامه شناسایی هیجان‌های اولیه، رسیدن به طرحواره‌های هیجانی سازگار و افزایش پذیرش نسبت به تجربه پدیدار شونده از طریق بازبینی احساسات، بررسی نشانگان بدنی در جلسه درمان و زندگی روزمره زمان یادآوری خاطرات با بار هیجانی منفی پیرامون شکست عاطفی، تمرین تنظیم تنفس	جلسه هفتم
شناسایی و کار کردن روی وقفه‌های دسترسی به هیجان‌های اولیه و تجربه مجدد تجارب هیجانی، تسهیل ابراز نیازها،	جلسه هشتم
ادامه شناسایی و کار بر روی مارکرها (نشانگرها) و کار با تصاویر باقی‌مانده اطرز طریق کار با بدن و زبان، قرار دادن هیجان‌های جدید در مقابل هیجان‌های ناسازگار قبلی	جلسه نهم
تثبیت و تقویت هیجان‌ها و معانی جدید، انعکاس آنچه تاکنون رخ داده و رشد دادن حکایتی جدید از تجارب و بیان استعاره از حالت قبلی مشکل خود و حالت جدید خو، بررسی آرزوها و تمایلات به منظور تسلط بیشتر بر زندگی، پرورش حل مسئله عملی	جلسه دهم، یازدهم
مرور معانی و مهارت‌های جدید، جمع‌بندی جلسات و بحث درمورد اتمام درمان، پس‌آزمون	جلسه دوازدهم

۴. پروتکل درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر. روش درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر توسط پژوهشگر بر اساس کتاب هنر درمانی بوچالتر (۲۰۰۹) تدوین و اعتبارسنجی آن تأیید شده است، در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و حضوری برگزار شد. شرح جلسات درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	پیش‌آزمون، ایجاد رابطه حسنه، معرفی و شرح‌حال‌گیری، معرفی هنر درمانی و کاربرد آن در جلسات درمانی، معرفی ابزارهایی که در طی کار با آنها سر و کار داریم (مداد رنگی، آبرنگ، مدادشمعی، بوم، کاغذ)، خط‌خطی کردن با ابزار دلخواه (جهت گرم کردن) و همراهی درمانگر جهت ایجاد ارتباط درمانی و درمان هم‌جوار ^۱
جلسه دوم	مشاهده پردازش هیجانی مراجع، شناسایی و معرفی هیجان‌های اولیه از طریق نقاشی؛ نشان دادن هیجان‌های غم، شادی، نفرت، خشم و ترس، کشیدن طرح آزاد (تصویر مبهم یا واضح) با دست چپ مراجع، ترسیم خط زندگی ^۲ (قسمت رابطه عاطفی موردنظر)، شناسایی پاسخ‌های هیجانی انکار شده
جلسه سوم	ادامه شناسایی پاسخ‌های هیجانی انکار شده و انعکاس دادن آن به مراجع، شناسایی تجربه‌های هیجانی منفی پیرامون تجربه شکست عاطفی در مراجع (از مراجع خواسته می‌شود یکی از تجربه‌های هیجانی منفی مربوط به شکست عاطفی خود را به تصویر بکشد (تصویر مبهم یا واضح)، استفاده از موسیقی برای فراخوانی بهتر هیجان‌ها (انتخاب موسیقی توسط خود مراجع)، صحبت کردن درمورد تصویر کشیده شده، اعتباربخشی احساسات اینجا و اکنون

1. "side by side" therapy
2. Life line

<p>تفکیک هیجان‌های اولیه و ثانویه از طریق به تصویر کشیدن هیجان‌ها، فراخوانی تجربه‌های هیجانی منفی پیرامون تجربه شکست عاطفی در مراجع و تجربه مجدد آن (به تصویر کشیدن تجربه هیجانی، تجربه هیجان‌های مختلف به هنگام تصویر کشیدن تجربه موردنظر، صحبت کردن درمورد آن، همزمان به تصویر کشیدن هیجان‌های مختلف و در نهایت به تصویر کشیدن تجربه مشخص به صورت دلخواه)</p>	<p>جلسه چهارم</p>
<p>فراخوانی تجربه‌های هیجانی منفی پیرامون تجربه شکست عاطفی در مراجع و تجربه مجدد آن (به تصویر کشیدن تجربه هیجانی، بیرون آمدن هیجان‌های مختلف به هنگام تصویر کشیدن تجربه، صحبت کردن درمورد آن، همزمان به تصویر کشیدن هیجان‌های مختلف و در نهایت به تصویر کشیدن تجربه مشخص به صورت دلخواه)</p>	<p>جلسه پنجم</p>
<p>ایجاد حمایت برای تجربه هیجانی، برانگیختگی و فراخوانی تجربیات هیجانی آسیب‌زا پیرامون شکست عاطفی از طریق نقاشی؛ کشیدن پارتنر سابق عاطفی به صورت شیء و یک موجود زنده (حیوان یا انسان) و بیان احساس مراجع نسبت به تصویر کشیده شده، مکالمه با آنچه نقاشی شده، قاب‌دهی مجدد</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>بررسی نشانگان بدنی در جلسه درمان پیرامون شکست عاطفی با کشیدن تصویر بدن خود، کشیدن پارتنر سابق با زبان بدنی غالب و بیان احساسات مراجع به آن، تمرین تنظیم تنفس</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>ادامه شناسایی هیجان‌های اولیه از طریق تصویرسازی و ترسیم آن و صحبت کردن، رسیدن به طرحواره‌های هیجانی سازگار و افزایش پذیرش نسبت به تجربه پدیدار شونده از طریق بازبینی احساسات</p>	<p>جلسه هشتم</p>
<p>بررسی وقفه‌های هیجانی از طریق مارکرها و نقاشی کردن آزاد، قرار دادن هیجان‌های جدید در مقابل هیجان‌های ناسازگار قبلی، کشیدن تصویر پارتنر سابق در دو طرف کاغذ تا خورده (نیمی از کاغذ تصویر واقعی (خود واقعی) پارتنر سابقتان و نیمی دیگر تصویر پارتنری که شما آرزو داشتید) و صحبت کردن مراجع با هر دو نیمه پارتنر</p>	<p>جلسه نهم</p>
<p>تثبیت و تقویت هیجان‌ها و معانی جدید، انعکاس آنچه تاکنون رخ داده و رشد دادن حکایتی جدید از تجارب، کشیدن تصویر تمام قد مراجع توسط خود و ابراز احساس نسبت به آن</p>	<p>جلسه دهم</p>
<p>مرور معانی و مهارت‌های جدید، بررسی تمام تصاویر کشیده شده و مشاهده روند تغییرات، تقویت هیجان‌های جدید، خط خطی کردن و گسترش آن</p>	<p>جلسه یازدهم</p>
<p>مرور معانی و مهارت‌های جدید، بررسی تمام تصاویر کشیده شده و تقویت هیجان‌های جدید، جمع‌بندی جلسات و بحث درمورد اتمام درمان، پس‌آزمون</p>	<p>جلسه دوازدهم</p>

شیوه اجرا. جهت اجرای پژوهش از بین مراکز روان‌شناختی شهر تهران، سه مرکز در منطقه دو تهران به صورت در دسترس انتخاب و اطلاعیه تشکیل جلسات پیرامون موضوع پژوهش و شرایط ثبت‌نام اولیه به مراجعان اطلاع‌رسانی شد. شرکت‌کنندگان واجد شرایط (بر اساس ملاک‌های ورود و خروج) به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. جلسات به صورت حضوری و با توجه به پاندمی کرونا با رعایت پروتکل‌های بهداشتی (شستن دستها و چک کردن تب مراجع قبل از ورود به جلسه، استفاده از ماسک در جلسات، باز کردن پنجره) در اتاق درمان یک کلینیک روان‌شناختی انجام شد. همچنین جهت ترغیب شرکت‌کنندگان برای شروع و ادامه جلسات هزینه جلسات رایگان و تهیه ابزارهای هنری بعهده درمانگر بود؛ برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان هیجان‌مدار به ترتیب ۲۴/۶۱ و ۲/۷۸ سال، در گروه درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر به ترتیب ۲۵/۲۲ و ۲/۷۸ سال و در گروه گواه به ترتیب ۲۵/۴۳ و ۲/۹۴ سال بود.

جدول ۳. میانگین (انحراف استاندارد) نشخوار فکری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر	۵۸/۳۵	۱۰/۶۵	۳۴/۷۱	۶/۴۶	۳۳/۲۹	۶/۴۰
درمان هیجان‌مدار	۵۶/۶۴	۱۰/۴۸	۴۲/۶۸	۷/۶۱	۴۳/۱۲	۷/۵۳
گواه	۵۶/۰۰	۹/۳۱	۵۵/۵۹	۸/۹۰	۵۴/۱۲	۸/۰۴

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نشخوار فکری را برای هر یک از گروه‌ها در دو مرحله اجرا نشان می‌دهد و همچنین که ملاحظه می‌شود در گروه آزمایش میانگین نشخوار فکری در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. در این پژوهش به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو-ویلک نشخوار فکری برای هر گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. مقادیر شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) نشخوار فکری در سه مرحله اجرا

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر	۰/۹۲۴ (۰/۱۷۵)	۰/۹۳۵ (۰/۲۵۹)	۰/۹۶۴ (۰/۷۰۲)
درمان هیجان‌مدار	۰/۹۵۶ (۰/۵۶۰)	۰/۹۶۲ (۰/۶۷۱)	۰/۹۰۹ (۰/۰۹۶)
کنترل	۰/۹۱۶ (۰/۱۲۵)	۰/۹۷۲ (۰/۸۵۱)	۰/۹۰۱ (۰/۰۷۰)

جدول ۴ نشان می‌دهد که ارزش شاپیرو-ویلک نشخوار فکری در هر دو گروه و در هر دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده‌های مربوط به نشخوار فکری در هر دو گروه و هر سه مرحله اجرا نرمال است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر نشخوار فکری

لامبدای ویلکز	F	df	p	η^2
۰/۵۸۸	۷/۱۶	۴ و ۹۴	۰/۰۰۱	۰/۲۳۴

بر اساس نتایج جدول ۵ اثر اجرای متغیرهای مستقل بر نشخوار فکری ($\eta^2 = 0/588$) = لامبدای ویلکز ، $0/234 = \eta^2$ ، $P = 0/001$ ، $F = 7/16$) در سطح $0/01$ معنادار است. در ادامه جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر نشخوار فکری را نشان می‌دهد.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر نشخوار فکری

اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
اثر گروه	۴۴۳۵/۷۰	۴۸۰۰/۵۵	۲۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸۰
اثر زمان	۴۶۴۰/۶۳	۴۰۲۸/۴۷	۵۵/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
اثر گروه × زمان	۳۰۷۸/۸۴	۵۶۲۷/۴۵	۱۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵۴

جدول ۶ نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه × زمان برای نشخوار فکری ($\eta^2 = 0/354$) ، $P = 0/001$ ، $F = 13/17$ = F) در سطح $0/01$ معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که دست کم تفاوت اثر اجرای یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با متغیر مستقل دیگر یا گروه کنترل بر نشخوار فکری معنادار است. در ادامه جدول ۷ نتایج آزمون بن‌فرونی نمرات مربوط به نشخوار فکری در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر نشخوار فکری

زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پیش‌آزمون	۱۲/۶۷	۱/۶۹	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	۱۳/۴۹	۱/۸۱	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	۰/۸۲	۰/۸۷	۱/۰۰
تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
درمان هیجان‌مدار و کاربرد هنر	-۵/۳۷	۱/۹۸	۰/۰۲۸
درمان هیجان‌مدار و کاربرد هنر	-۱۳/۱۲	۰/۵۱	۰/۰۰۱
درمان هیجان‌مدار	-۷/۷۵	۰/۵۱	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی در جدول ۷ نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار فردی و درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش میانگین نمرات نشخوار فکری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد، تفاوت میانگین نمرات نشخوار فکری در دو گروه درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر و کنترل در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری معنادار و در مراحل پس‌آزمون - پیگیری غیر معنادار است. این یافته بیانگر آن است که تغییرات ناشی از اجرای درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر بر نشخوار فکری در افراد با سندرم ضربه عشقی سه ماه بعد از اتمام دوره درمان همچنان پابرجا مانده است. براین اساس در آزمون فرضیه پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد که درمان هیجان‌مدار فردی و درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر، نشخوار فکری را در افراد با سندرم ضربه عشقی کاهش می‌دهد. همچنین نتایج نشان داد که بین اثر درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر و درمان هیجان‌مدار فردی بر

نشخوار فکری ($p=0/028$) تفاوت معنادار وجود دارد. به طوری که درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر در مقایسه با درمان هیجان‌مدار فردی، منجر به کاهش بیشتر میانگین نمرات نشخوار فکری شده است. براین اساس در آزمون فرضیه پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد که درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر در مقایسه با درمان هیجان‌مدار روشی موثرتر در کاهش نشخوار فکری در افراد با سندرم ضربه عشقی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار فردی و درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر بر نشخوار فکری در افراد با سندرم ضربه عشقی انجام شد. نتایج نشان داد که بین اثر درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر و درمان هیجان‌مدار فردی بر نشخوار فکری تفاوت معنادار وجود دارد. به طوری که درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر در مقایسه با درمان هیجان‌مدار فردی، منجر به کاهش بیشتر میانگین نمرات نشخوار فکری شده است. این نتیجه که درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر، نشخوار فکری را در افراد با سندرم ضربه عشقی کاهش می‌دهد با نتایج پژوهش‌های حبیبی و حناساب‌زاده (۱۳۹۲)، سیاسکا و همکاران (۲۰۱۸)، پاپاگیاناکی و شیننوبورن (۲۰۱۶)، اسپوتن و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. درمان هیجان‌مدار، شکست عشقی را یک ترومای ارتباطی یا ترومای پیچیده می‌داند که در طبقه تروماهای از دست دادن قرا می‌گیرد. از طرفی همه مشکلات روانی را ناشی از بدتنظیمی هیجان و حل و فصل نشدن گشتالت‌های ناتمام (امور ناتمام) که همان تروماها هستند، می‌داند. به همین خاطر طبق دیدگاه درمان هیجان‌مدار، افراد بعد از تجربه شکست عاطفی با گشتالت‌های ناتمام زیادی مانند خداحافظی نکردن در ست، خشم‌های ابراز نشده، عشق‌های ابراز نشده و غیره روبرو هستند. هنگام تجربه تروما مغز قادر به پردازش آن نیست و معمولاً افراد برای مواجه نشدن با هیجان‌های ناشی از تروما سراغ طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد مثل نشخوار فکری می‌روند. یعنی طبق تئوری‌های مربوط به تنظیم هیجان افراد برای سازگاری و واکنش به هیجان منفی ناشی از شرایط بحرانی از پاسخ نشخوارگونه که راهبردی اجتنابی برای مقابله با هیجان‌های منفی است، استفاده می‌کنند. درمان هیجان‌مدار برای حل و فصل کردن گشتالت‌های ناتمام و هیجان‌های تسویه نشده نسبت به شریک عشقی سه مرحله؛ بازکردن نیمکره راست مراجع برای دستیابی به هسته تروما، عمق دادن و کمک به تجربه مجدد عناصر بد بسته شده، حل و فصل هیجان‌های بدتنظیم شده، بستن نیمکره راست مراجع روبرو است و برگرداندن مراجع به زمینه را طی می‌کند. در تمامی این سه مرحله درمانگر بر با نیمکره راست مراجع روبرو است. مراجعی که نیمکره راست قوی‌ای نداشته باشد، روند درمان سخت پیش خواهد رفت.

ادواردز (۲۰۱۴) روانکاو و نقاش معتقد است کشیدن نقاشی‌های خلاقانه می‌تواند باعث تقویت نیمکره راست مغز شود؛ او از این تکنیک‌ها در روان‌درمانی نیز استفاده کرده و با نقاشی به باز شدن نیمکره راست مراجعینش کمک می‌کند. به همین خاطر پژوهشگر کنار درمان هیجان‌مدار که خود یک درمان نیمکره راستی محسوب می‌شود، هنر را برای تقویت نیمکره راست مراجع به کار گرفته است. پژوهشگر با استفاده از هنر نقاشی در مراجع با دو تکنیک طراحی آزاد و نقاشی کشیدن با دست چپ (خصوصاً برای افراد راست دست) فعالیت نیمکره راست را افزایش می‌دهد تا تکنیک‌ها و فرایندهای درمان هیجان‌مدار مبنی بر باز کردن به نیمکره راست راحت‌تر اتفاق بیفتد. ادواردز (۲۰۱۴) در کتاب «نقاشی و نیمکره راست مغز» به این

موضوع اشاره دارد که در کشیدن نقاشی از روی الگو به دلیل نقش یادگیری فعالیت بین دو نیمکره چپ و راست مدام در حال تغییر است و افزایش فعالیت نیمکره چپ هم مشاهده شده است، ولی در طراحی آزاد به دلیل وجود خلاقیت فعالیت نیمکره راست بیشتر می‌شود. همچنین وقتی افراد راست‌دست با دست چپ شروع به کشیدن نقاشی می‌کنند، نیمکره راست در حال فعالیت بیشتری است. در هر دو مورد با افزایش فعالیت نیمکره راست روند درمان بسیار راحت‌تر اتفاق می‌افتد که در نهایت حل و فصل تروما و آسیب‌های ناشی از آن، تنظیم هیجان‌ها، هماهنگ شدن دو نیمکره مغز و در نهایت به کاهش نشخوار فکری منجر می‌شود. در واقع پژوهشگر برای باز کردن نیمکره راست، آگاهی از هیجان‌ها، رسیدن به تنظیم هیجانی، هماهنگ شدن نیمکره راست و چپ مغز و به دنبال آن کاهش نشخوار فکری از هنر و ابزارهای هنری نقاشی استفاده کرده تا مراجع به آگاهی بهتری نسبت به هیجان‌های خود برسد. استفاده از ابزار هنری برای بهتر شناختن هیجان‌های اولیه و ثانویه و تفکیک آن‌ها قدم مهمی در تنظیم هیجانی دارد. هنر آن هیجان‌هایی که دیدن یا به زبان آوردن آنها دشوار و رنج‌آور است را قابل دیدن و ملموس و به دنبال آن ابزار آن را راحت‌تر می‌کند (ادواردز، ۲۰۱۴). در واقع افراد با تجربه‌ای که بوسیله درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر در مرحله آگاهی هیجانی بدست می‌آورند، یاد می‌گیرند به جای سرکوب کردن هیجان‌ها و یا مغلوب شدن توسط آنها، به وجود هیجان‌های خود آگاه باشند، تلاش می‌کنند تجربه خود را عمیق‌تر دریافت کنند و راهکارهای ناکارآمدی مثل نشخوار فکری را کمتر استفاده کنند. همچنین در تبیین دیگر این یافته اینطور می‌توان گفت، سوابق پژوهشی ارتباط افسردگی و نشخوار فکری را با فعالیت زیاد نیمکره راست و کم‌فعالیتی نیمکره چپ نشان می‌دهد. شواهدی وجود دارد که نیمکره راست عمدتاً پردازش هیجان‌های منفی، افکار بدبینانه و سبک‌های تفکر ناسازگارانه را دربرمی‌گیرد که همگی در پدیدارشناسی شناختی افسردگی و به دنبال آن در افزایش اضطراب و نشخوار فکری نقش دارد (لی، زو و لو، ۲۰۱۸؛ هجت، ۲۰۱۰). به همین دلیل درمان‌های متمرکز بر نیمکره راست هنر درمانی که اصطلاحاً به آنها درمان‌های نیمکره راستی گفته می‌شود، نقش مؤثری بر مؤلفه‌هایی مثل نشخوار فکری دارند. در نهایت کاربرد هنر در کنار درمان التقاطی هیجان‌مدار باعث آگاهی هیجانی و به دنبال آن تخلیه و پالایش هیجانی در مواجهه با تعارضات عاطفی، بازنگری و مطرح کردن تعارض‌ها، کاهش نشخوار فکری، تقویت نیمکره راست مغز، افزایش سروتونین و دوپامین در مغز، بهبود هماهنگی‌های حرکتی، بهبود و اصلاح مهارت‌های اجتماعی، افزایش بصیرت و بینش، تقویت زبان تصویری و شیوه‌های بیان خلاق در رویارویی با مشکلات، بالا بردن پذیرش رنج‌ها، ارتقاء هویت شخص از انسانی ناتوان به فردی خلاق، پذیرش ابعاد مثبت و منفی تجربیات روان‌شناختی و در افراد می‌شود.

از میان محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جامعه آماری این پژوهش با سندرم ضربه عشقی منطقه دو تهران اشاره کرد که امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی را میسر نکرد. عدم کنترل بعضی از متغیرهای مزاحم تأثیرگذار بر نتایج پژوهش از جمله وضعیت اقتصادی که باعث کاهش روایی درونی‌شده، محدودیت‌هایی را در این زمینه ایجاد کرده است. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر مناطق تهران و شهرستان‌ها نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در میان افراد با شرایط دیگر (مثل زنان و مردان خیانت‌دیده یا مطلقه) و بر سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی انجام شود. بنابراین با توجه به تأثیر

درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر در افراد با سندرم ضربه عشقی، می‌توان از آموزش این درمان در مراکز روان‌شناختی برای افراد با سندرم ضربه عشقی استفاده کرد.

موازین اخلاقی

مقاله حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول است که به تصویب معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی رسیده است؛ ملاحظات اخلاقی در پژوهش با جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان رعایت شده است؛ همچنین به افراد درباره محرمانه بودن نتایج اطمینان داده شد.

سپاسگزاری

در پایان از حضور تمامی شرکت‌کنندگان در فرایند پژوهش صمیمانه قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- بیرامی، منصور، هاشمی، تورج، بخشی‌پور، عباس، محمودعلیلو، مجید، و اقبالی، علی. (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر پریشانی روانشناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۹(۳۳)، ۴۳-۵۹.
- حبیبی، مجتبی، و حناساب‌زاده، مریم. (۱۳۹۲). اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی در میان زنان یائسه. *سالنامه*، ۹(۲)، ۲۲-۳۳.
- راس، ریچارد. بی. (۱۳۹۷). شکست عشقی (سندرم ضربه عشقی). (ترجمه فاطمه مسعودی، طنز فرخ‌زاد، سمیه ترکاون‌نژاد و المیرا علیزاداشرفی). تهران: انتشارات سایه سخن. (انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۹).
- زایدل، داهلیا دابلیو. (۱۳۹۸). مغز، رفتار و شناخت نوروسایکولوژی هنر. (ترجمه سید ابوالقاسم مهری‌نژاد و همکاران). تهران: آوای نو. (انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵).
- فلسفی، آزاده، و دشت‌بزرگی، زهرا. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مثبت‌نگری بر نشخوار فکری، تصویر بدن و رضایت جنسی در زنان با سقط مکرر. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران*، ۷(۲)، ۲۱۰-۲۰۲.
- کرمی‌نژاد، زینب، سودانی، منصور، و مهربابی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۵). اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دچار شکست عاطفی. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۴(۷۰)، ۷۹-۸۶.
- گرینبرگ، لزی، اس، و گلدمن، رواندا. (۱۳۹۶). *زوج‌درمانی هیجان‌مدار*. (ترجمه محمدآرش رضانی، آفاق قائم‌مقامی، زهرا جان‌نثاری، نینا جمشیدنژاد، نرگس دیانی و صبا فقیه). تهران: ویرایش. (۲۰۰۸).
- گرینبرگ، لسلی. (۱۳۹۶). *درمان هیجان‌مدار: اصول و مبانی*. (ترجمه حبیب‌الله اکبری و طاهره رفیع). تهران: بات. (۲۰۱۷).
- مداحی، محمدابراهیم. (۱۳۹۱). اثر بخشی رفتار درمانی منطقی-هیجانی بر میزان افسردگی و نشخوار فکری افراد مضطرب. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار) (روانشناسی کاربردی)*، ۲۵، ۱۷-۲۶.

معنوی‌پور، داوود، و شاه‌حسینی، آرزو. (۱۳۹۴). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس نشخوار فکری - تأمل. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۴(۱)، ۷-۱۶.

References

- Ciasca, E., Ferreira, R. C., Santana, C. L.A., Forlenza, O. V., Santos, G. D., Brum, P. S., Nunes, P. V. (2018). Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: A randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(3).
- Deshmukh, S. R., Holmes, J., & Cardno, A. (2018). Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Edwards, D. Ed. (2004). *Art therapy*. London, England: SAGA Publications.
- Ellison, J. M. (2016). The moderating effect of intergroup versus interpersonal context on the relationship between collective rumination and aggression. ProQuest,
- Fisher, H., Xiaomeng, X., Aron, A., Brown, L. L. (2016). Intense, Passionate, Romantic Love: A Natural Addiction? How the Fields That Investigate Romance and Substance Abuse Can Inform Each Other. *Frontiers in Psychology*, 7(687), 1-10.
- Glisenti, K., Strodl, E., & King, R. (2018). Emotion focused therapy for binge eating disorder: A review of six cases. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(6), 842-855.
- Härkönen, H. (2016). Love, Sexuality, and Adult Gender Relations: Nobody Likes Sleeping Alone. In *Kinship, Love, and Life Cycle in Contemporary Havana, Cuba* (pp. 107-145). Palgrave Macmillan, New York.
- Hecht, D. (2010). Depression and the hyperactive right-hemisphere. *Neuroscience Research*, 68(2), 77-87.
- Josefsson, T., Ivarsson, A., Lindwall, M., Gustafsson, H., Stenling, A., Boroy, J., Mattson, J., Carnebratt, J., Sevholt, S., Falkevik, E. (2017). Mindfulness mechanisms in Sports: Mediating effects of rumination and emotion regulation on sport-specific coping. *Mindfulness*, 8, 1354-1363.
- Li, M., Xu, H., & Lu, S. (2018). Neural basis of depression related to a dominant right hemisphere: A resting-state fMRI study. *Behavioral Neurology*.
- Liang, Y., & Horn, S. V. (2020). How do romantic breakups affect depression among American college students? The role of sexual conservativeness. *Journal of American college health*, 1-11.
- Liu, D. Y., Gilbert, K. E., Thompson, R. R. (2019). Emotion differentiation moderate the effects of rumination on depression: A longitudinal study. *Emotion*, 1-10.
- Murray, D. R., Haselton, M. G., Fales, M., & Cole, S. W. (2019). Falling in love is associated with immune system gene regulation. *Psychoneuroendocrinology*, 100, 120-126.
- Papagiannaki, A., & Shinebourne, P. (2016). The contribution of creative art therapies to promoting mental health: Using Interpretative Phenomenological Analysis to study therapists' understandings of working with self-stigmatisation. *Arts in Psychotherapy*, 50(1), 66-74.
- Purwoko, B., & Fitriyah, F. K. (2018). Anger Management in Adolescents Behind Romantic Breakup: Implementation of Solution-Focused Brief Therapy. In *Proceedings of The 1st International Conference on Education Innovation (ICEI 2017)* (pp. 47-50).
- Robbins, A. (2016). Object relations and art therapy. In *Approaches to art therapy* (pp. 126-138). Routledge.
- Rosse, R. (1999). An Argument for Love Trauma Syndrome: An Important and Often Underrecognized Form of Traumatic Grief. *Perspectives*.
- Schouten, K. A., van Hooren, S., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., & Hutschemaekers, G. J. (2019). Trauma-focused art therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(1), 114-130.

- Schouten¹, K. A., de Niet, G. J., Knipscheer, G. J., Kleber, R. J., Giel J. M. Hutschemaekers, G. J. (2015). The Effectiveness of Art Therapy in the Treatment of Traumatized Adults: A Systematic Review on Art Therapy and Trauma. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(2), 220-228.
- Therkleson, T., & Stronach, S. (2015). Broken heart syndrome: a typical case. *Journal of Holistic Nursing, 33*(4), 345-350.
- Tran, T. B., & Joormann, J. (2015). The role of facebook use in mediating the relation between rumination and adjustment after a relationship breakup. *Computers in Human Behavior, 49*, 56-61.
- Verhallen, A. M., Renken, R. J., Marsman, J. B. C., & Ter Horst, G. J. (2019). Romantic relationship breakup: An experimental model to study effects of stress on depression (-like) symptoms. *PLoS One, 14*(5), e0217320.
- Zvonarev, V. (2019). Takotsubo cardiomyopathy: medical and psychiatric aspects. Role of psychotropic medications in the treatment of adults with BBrken Heart” syndrome. *Cureus, 11*(7).

سیاهه ضربه عشق

- ۱- در هنگامی که بیدار هستید چقدر به ضربه عشق فکر می کنید؟ (این تفکر شامل تصاویر، افکار، احساسات، خیال پردازی ها یا ادراک ها مربوط به ضربه می شود)
 الف. اصلاً فکر نمی کنم (۰ نمره)
 ب. گاهی فکر می کنم (کمتر از ۲۵٪ از زمان بیداری). نمره (۱)
 ج. اغلب فکر می کنم (در حدود ۵۰٪ از زمان بیداری). نمره (۲)
 د. بیشتر وقت ها فکر می کنم (حداقل ۷۵٪ از زمان بیداری). نمره (۳)
- ۲- زمانی که به ضربه عشقی فکر می کنید تا چه اندازه به لحاظ جسمی احساس بیمار بودن می کنید؟
 الف. اصلاً هیچ احساس جسمی ناخوشایندی وابسته به فکرم در ورد ضربه عشقی باشد وجود ندارد. (۰)
 ب. اندکی ناخوش هستم. تا اندازه ای احساس جسمی ناخوشایندی وجود دارد و معمولاً احساس آشفتگی جسمی، عصبانیت و برانگیختگی ناخوشایند گذرا دارم. (۱)
 ج. تا اندازه ای ناخوش هستم. احساس واضح آشفتگی جسمی، عصبانیت و برانگیختگی ناخوشایندی دارم که در کمتر از یک دقیقه از بین می رود. (۲)
 د. بسیار ناخوش هستم. احساس عمیق آشفتگی جسمی، عصبانیت و برانگیختگی ناخوشایند دارم که بین چند دقیقه تا چند ساعت طول می کشد. (۳)
- ۳- تا چه اندازه پذیرش واقعیت و درد هیجانی ضربه عشقی برای شما راحت است.
 الف. پذیرش ن برایم بسیار سخت است. بسیار ناراحت می شوم و احساس گریه می کنم. احساس می کنم که نمی توانم آن را تحمل کنم. نمی توانم آن را باور کنم که این اتفاق افتاده است (۳).
 ب. تا اندازه ای پذیرش آن برایم سخت است. ناراحت می شوم و گاهی احساس گریه می کنم. معمولاً می توانم آن را تحمل کنم. (۲)
 ج. اندکی پذیرش آن برایم سخت است. فقط بطور لحظه ای ناراحت می شوم. می توانم آن را تحمل کنم.
 د. پذیرش آن اصلاً سخت نیست. زمانی که به پذیرش واقعیت رویداد ضربه عشقی فکر می کنم ناراحت نمی شوم. همیشه قادر به تحمل آن هستم. (۰)
- ۴- اگر شما حداقل دو نمره در هر یک از سه سؤال نخست کسب کرده اید (به عبارت دیگر سؤال ۱، ۲ یا ۳)، چند سال پیش ضربه عشق رخ داده است؟ (برای هر سال نمره در نظر بگیرید. اگر بیشتر از ۳ سال بود باز هم سه نمره در نظر بگیرید. اگر کمتر از ۶ ماه بود نمره ۰ را لحاظ کنید).
- ۵- غالباً تا چه اندازه خواب مرتبط با این ضربه عشقی را می بینید؟ (رویاها باید مرتبط با احساسات یا برانگیختگی ناخوشایند باشد).
 الف. حداقل هفته ای یکبار (۳)
 ب. حداقل هر ماه یکبار
 ج. حداقل هر شش ماه یکبار (۱)

د. هیچ رویای مرتبط با ضربه عشقی وجود ندارد. (۰)

۶- ایستادگی در مقابل افکار، احساسات و خاطرات مرتبط با این ضربه عشقی تا چه اندازه برای شما آسان است؟ (منظور از ایستادگی، میزان موفقیت شما در کنار زدن افکار، احساسات و خاطرات این ضربه عشقی در هنگام هجوم آن‌ها به ذهن است؟ برای مثال آیا شما می‌توانید به طور موفقیت‌آمیزی حواس خودتان را با فعالیتی دیگر یا فکر کردن در مورد چیز دیگر پرت کنید؟ الف. در هنگامی که این افکار به ذهنم هجوم می‌آورند معمولاً نمی‌توانم در مقابل آن‌ها ایستادگی کنم و آن‌ها برای چند دقیقه تا چند ساعت دوام می‌آورند (۳).

ب. نیمی از مواقع نمی‌توانم در مقابل آن‌ها ایستادگی کنم و آن‌ها به ندرت بیشتر از ۱۰ تا ۲۰ دقیقه حضور دارند (۲).

ج. اغلب اوقات می‌توانم در مقابل آن‌ها ایستادگی کنم و آن‌ها به ندرت بیشتر از چند دقیقه محدود حضور دارند.

د. همیشه می‌توانم در مقابل آن‌ها ایستادگی کنم و آن‌ها به ندرت بیشتر از یک دقیقه حضور دارند. (۰)

۷- آیا فکر می‌کنید هرگز بتوانید بر احساسات بیمار و ناخوشایند مرتبط با این ضربه عشقی فائق آیید؟ (آیا امید به بهبودی کامل دارید؟)

الف. فکر نمی‌کنم که به طور کامل بهبود یابم. (۳)

ب. درمورد بهبودی بدبین هستم. (۲)

ج. تا اندازه‌ای در مورد بهبودی کامل خوش بین هستم. (۱)

د. در مورد بهبودی کامل خوش بین هستم. (۰)

۸- تا چه اندازه به منظور اجتناب از محرک‌هایی که ضربه عشقی را برای شما تداعی می‌کند مسیر خود را تغییر می‌دهید؟

الف. من همیشه از محرک‌ها یا نشانه‌هایی که مرتبط با این ضربه عشقی است اجتناب می‌کنم. اگر از چنین محرکی آگاه شوم بی‌درنگ و رفلکسی از تماس بیشتر اجتناب می‌کنم. (۳)

ب. تنها بعضی وقت‌ها از محرک‌ها و نشانه‌های مرتبط با ضربه عشقی، اجتناب می‌کنم. (۲)

ج. بندرت از محرک‌ها و نشانه‌های مرتبط با ضربه عشقی است اجتناب می‌کنم. (۱)

د. هرگز از محرک‌ها و نشانه‌های مرتبط با ضربه عشقی است اجتناب نمی‌کنم. (۰)

۹- آیا به دلیل برانگیختگی ناخوشایند و اضطراب مرتبط با افکار و احساسات پیرامون ضربه عشقی در خوابیدن و بیدار شدن مشکلی دارید.

الف. تقریباً هر شب به دلیل افکار و احساسات یا برانگیختگی ناخوشایند مرتبط با ضربه عشقی مشکلات خواب دارم. (۳)

ب. گهگاه به دلیل افکار و احساسات یا برانگیختگی ناخوشایند مرتبط با ضربه عشقی مشکلات خواب دارم. (۲)

ج. بندرت به دلیل افکار و احساسات یا برانگیختگی ناخوشایند مرتبط با ضربه عشقی مشکلات خواب دارم. (۱)

د. هرگز به دلیل افکار و احساسات یا برانگیختگی ناخوشایند مرتبط با ضربه عشقی مشکلات خواب دارم. (۰)

۱۰- زمانی که شما در مورد این ضربه عشقی فکر می‌کنید تا چه اندازه احساسی مانند زیر گریه زدن، خشمگین شدن یا بی‌قراری پیدا می‌کنید؟

الف. حداقل روزی یکبار ۳

ب. حداقل هفته‌ای یکبار ۲

ج. حداقل ماهی یکبار ۱

د. هرگز چنین احساساتی ندارم. ۰

پرسشنامه پاسخ‌نشخوارگونه

ردیف	سئوالات	هرگز	گاهی اوقات	اغلب اوقات	همیشه
۱	فکر می‌کنید که چقدر احساس تنهایی می‌کنید	۱	۲	۳	۴
۲	فکر می‌کنید اگر در همین حالت باقی بمانید، نمی‌توانید وظایف‌تان را انجام دهید	۱	۲	۳	۴
۳	فکر می‌کنید که چقدر احساس خستگی و دردمندی دارید	۱	۲	۳	۴
۴	فکر می‌کنید که چقدر تمرکز کردن دشوار است	۱	۲	۳	۴
۵	فکر می‌کنید "من چکار کرده‌ام که به این حالت دچار شده‌ام"	۱	۲	۳	۴
۶	فکر می‌کنید که چقدر بی‌حوصله و بی‌انگیزه هستید	۱	۲	۳	۴

۴	۳	۲	۱	با بررسی وقایع اخیر سعی می‌کنید بفهمید که چرا افسرده شده‌اید	۷
۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنید "که چرا نسبت به همه چیز بی تفاوت شده‌ام"	۸
۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنید "چرا دیگر نمی‌توانم ادامه دهم"	۹
۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنید "چرا اغلب این‌گونه به مسائل واکنش نشان می‌دهم"	۱۰
۴	۳	۲	۱	با خود خلوت می‌کنید تا برای احساسات خود جوابی پیدا کنید	۱۱
۴	۳	۲	۱	افکارتان را یادداشت و آن‌ها را بررسی می‌کنید	۱۲
۴	۳	۲	۱	به اوضاع اخیر فکر می‌کنید و آرزو می‌کنید که ای کاش اوضاع بهتر از این بود	۱۳
۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنید اگر نتوانید جلوی این احساسات را بگیرید، قادر نخواهید بود تمرکز داشته باشید	۱۴
۴	۳	۲	۱	به این فکر می‌کنید که "چرا مشکلاتی دارم که دیگران ندارند"	۱۵
۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنید که چرا نمی‌توانم بهتر از عهده‌ی اداره کردن امور برآیم	۱۶
۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنید که چقدر غمگین هستید	۱۷
۴	۳	۲	۱	به همه نکات ضعف‌ها، شکست‌ها، کاستی‌ها و اشتباهات خود فکر می‌کنید	۱۸
۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنید چرا آن قدر سرحال نیستید که بتوانید کاری انجام دهید	۱۹
۴	۳	۲	۱	سعی می‌کنید شخصیت خود را بررسی کنید تا بفهمید چرا افسرده‌اید	۲۰
۴	۳	۲	۱	تنهایی به جایی می‌روید که بتوانید —درباره‌ی احساساتتان فکر کنید	۲۱
۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنید که چرا این قدر از دست خودتتان عصبانی هستید	۲۲

Comparison of the effectiveness of individual emotion-focused therapy with emotion-focused therapy using art on rumination in people with love trauma syndrome

Shirin. Aryannejad¹, Mahdieh. Salehi², Sadegh. Taghiloo³ & Mahnaz. Esteki⁴

Abstract

Aim: The aim of the present study was to compare the effectiveness of individual emotion-focused therapy with emotion-focused therapy using art on rumination in people with love trauma syndrome. **Methods:** The method of this quasi-experimental study was a pretest-posttest design with a control and quarterly follow-up group. In order to select the participants of the study, 51 people with love trauma syndrome were selected by purposeful sampling method from among three psychological clinics in Tehran's second district according to inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned to experimental and control groups (17 people in each group). The first experimental group received 12 sessions of individual emotion-focused therapy, the second experimental group received 12 sessions of emotion-focused using art, while the control group did not receive any intervention. In three stages of pre-test, post-test and follow-up of ruminant response scale Nolen-Hoxma and Moro (1991) were completed by participants to collect data. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. **Results:** The results showed that the effectiveness of emotion-focused therapy with the use of art and individual emotion-focused therapy on rumination in people with love trauma syndrome were significant in post-test scores and emotion-focused therapy with the use of art was more effective than individual emotion-focused therapy ($F=13.17$, $p=0.001$); Also, the changes resulting from emotion-focused therapy with the application of art and individual emotion-focused therapy remained on all three components three months after the end of the Paper treatment period. **Conclusion:** The results of the present study can be a basis for applying art in psychological therapies to make therapies more effective for applied psychologists.

Keywords: *emotion-focused therapy, art therapy, rumination, love trauma syndrome*

1. PhD Student in Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: iranpour1000@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Astara Branch, Islamic Azad University, Astara, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran