

The Effects of Imago Therapy-Based Education on Anxiety Sensitivity, Intolerance of Uncertainty, Mental Health, and Physical Health Indicators in Couples on the Verge of Divorce

Nadaf H¹, *Toozandehjani H¹, Bagherzadeh Golmakan Z¹

Author Address

1. Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

*Corresponding author's Email: H.toozandehjani@yahoo.com

Received: 8 October 2019; Accepted: 18 March 2020

Abstract

Background & Objectives: Marriage is among the universal foundations of individuals that covers a critical part of their social and personal lives. Thus, divorce can threaten its health and make it vulnerable for family members. Therefore, numerous researchers and psychologists are identifying approaches to reduce divorce; they concluded that satisfying marital and psychological needs, the quality of relationships between couples, and the prevention of divorce are essential. Important psychological factors are involved in married life. The most critical constructs are anxiety sensitivity, uncertainty intolerance, and its health aspects, such as biopsychological health indicators. Furthermore, Imago therapy focuses on the roots of unhappiness and healing the resulting injuries to help couples recover marital satisfaction. Therefore, the present study aimed to investigate the effects of Imago therapy-based education on anxiety sensitivity, uncertainty intolerance, and mental health and physical health indicators in couples on the verge of divorce.

Methods: This was a practical and quasi-experimental study with pretest-posttest and a control group design. The statistical sample of the present study was all couples seeking divorce referring to specialized counseling and psychology centers in Mashhad City, Iran (referred by the crisis intervention center of Mashhad Welfare Organization) in 2018. The sample consisted of 30 purposively selected couples per the inclusion criteria. They were randomly divided into the experimental and control groups. The inclusion criteria of the study included couples seeking consensual divorce; the willingness of both couples to receive counseling intervention; couples with a diploma and higher education; couples aged 20–40 years; no previous divorce record for either couple; no present or past mental disorders for any couple; no history of acute physical problems related to the three health indicators studied in this study, including Body Mass Index (BMI), blood pressure, and cholesterol level. The exclusion criteria were couples with an addicted or alcoholic spouse; consuming psychiatric and psychotropic drugs; a history of infidelity or extramarital affairs; the existence of a physical disability or mental disability in one of the spouses; the lack of identification of conditions consistent with the research objectives in couples during treatment. The Expanded Anxiety Sensitivity Index (Taylor & Cox, 1998), Uncertainty Intolerance Questionnaire (Freeston et al., 1994), General Health Questionnaire (Goldberg & Hillier, 1979) were used to collect the necessary data. Moreover, BMI, blood pressure, and cholesterol level were measured in both study groups. Then, Imago therapy was provided for the experimental group (Hendrix, 2010). Eventually, the indicators mentioned above were re-measured, and the differences observed in the posttest of the two control and experimental groups were compared. To analyze the obtained data, descriptive statistics, including mean and standard deviation and inferential statistics, including Independent Samples t-test, and Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) were used in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The obtained results indicated that by removing the effect of the pretest, the scores mean of the experimental group in the variables of anxiety sensitivity ($p < 0.001$), uncertainty intolerance ($p < 0.001$), mental health ($p < 0.001$), BMI ($p < 0.001$), blood pressure ($p < 0.001$) and cholesterol level ($p < 0.001$) were significantly different from the scores mean of the control group in the posttest; Also, the effect size obtained for the research was as follows: anxiety sensitivity (0.292), intolerance of uncertainty (0.595), BMI (0.240), blood pressure (0.279), cholesterol level (0.532), and mental health improvement (0.199).

Conclusion: According to the current study findings, Imago therapy-based education was effective in reducing anxiety sensitivity, uncertainty intolerance, and the indicators of physical health (including BMI), blood pressure, and cholesterol level) and increasing mental health in couples on the verge of divorce.

Keywords: Imago therapy, Anxiety sensitivity, Uncertainty intolerance, Mental health, Physical health indicators, Divorce.

بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر ایماگوتراپی بر حساسیت اضطرابی، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، سلامت روانی و شاخص های سلامت جسمی در زوجین در آستانه طلاق

هدی نداف^۱، *حسن توزنده جانی^۱، زهرا باقرزاده گلکان^۱

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: H.toozandehjani@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۶ مهر ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۸ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: طلاق عامل درهم ریختگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی است. زندگی زنانشویی تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله حساسیت اضطرابی، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی و سلامت روانی قرار می گیرد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزشی مبتنی بر ایماگوتراپی بر سازه های حساسیت اضطرابی، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، سلامت روانی و شاخص های سلامت جسمی در زوجین در آستانه طلاق انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش را زوجین متقاضی طلاق مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان شناسی شهر مشهد در نیم سال دوم ۱۳۹۷ تشکیل دادند. سی زوج با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و ضمن دارا بودن ملاک های ورود، به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی (تیلور و کاکس، ۱۹۹۸)، پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴)، پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) بود و همچنین شاخص توده بدنی، فشارخون و سطح کلسترول اندازه گیری شد. برای اجرای مداخلات درمانی صرفاً در گروه آزمایش از درمان مبتنی بر تصویرسازی ارتباطی (هندریکس، ۲۰۱۰) به مدت هشت جلسه دوساعته و به صورت هفتگی بهره گرفته شد. برای تحلیل داده ها روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ به کار رفت. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: نتایج نشان داد، پس از حذف اثر پیش آزمون، میانگین نمرات گروه آزمایش در متغیرهای حساسیت اضطرابی ($p < ۰/۰۰۱$)، عدم تحمل بلا تکلیفی ($p < ۰/۰۰۱$)، سلامت روانی ($p < ۰/۰۰۱$)، شاخص توده بدنی ($p < ۰/۰۰۱$)، فشارخون ($p < ۰/۰۰۱$) و میزان کلسترول ($p < ۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری با میانگین نمرات گروه کنترل در پس آزمون داشت. **نتیجه گیری:** ایماگوتراپی بر کاهش حساسیت اضطرابی، کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی، افزایش سلامت روانی، کاهش شاخص های سلامت جسمی شامل شاخص توده بدنی، فشارخون و میزان کلسترول اثربخشی دارد.

کلیدواژه ها: ایماگوتراپی، حساسیت اضطرابی، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، سلامت روان، شاخص های سلامت جسمی، طلاق.

ازدواج، مفهومی جهانی و یکی از پایه‌های زندگی بشری است؛ به‌گونه‌ای که هیچ نهاد یا واحد اجتماعی دیگری وجود ندارد که قادر به ایجاد چنین رابطه‌ی صمیمانه‌ای بین اعضای خود باشد؛ ازاین‌رو تأثیر زیادی بر اعضای خود دارد. ازدواج یکی از مراحل تحول خانواده محسوب می‌شود و باتوجه به اینکه بخش اعظمی از حیات فرد را به خود اختصاص می‌دهد، نقش مهمی در زندگی افراد ایفا می‌کند؛ همچنین بر زندگی خارج از روابط زناشویی فرد اثر می‌گذارد و آینده و سرنوشت کودکان و فرزندان را تعیین می‌کند (۱). خانواده از نهادهای بسیار مهم اجتماعی است که بر پایه‌ی ازدواج قرار گرفته است. خانواده به‌عنوان یکی از نهادهای بسیار مهم جامعه، در آینده و سرنوشت آن نقش بسزایی ایفا می‌کند (۲).

نقش خانواده در تربیت فرزندان باعث شده است که بهداشت روانی^۱ نسل‌های جامعه در گرو بهبود و افزایش بهداشت روانی خانواده باشد؛ خانواده‌ای که می‌تواند به‌منزله‌ی کانونی سرشار از محبت و آرامش شرایط رشد و تحول استعدادها را به‌شکل مناسبی فراهم آورد (۳)؛ ازاین‌رو هر گونه آسیبی به بهداشت روان خانواده می‌تواند آثار سوء فراوانی برای افراد حاضر در آن داشته باشد (۴). در حوزه‌ی اهمیت خانواده، گرینبرگ اشاره دارد به اینکه افراد سالم معمولاً محصول خانواده‌های سالم هستند و در صورتی که خانواده‌ها قادر نباشند سلامت خود را حفظ کنند، می‌توانند مسائل فراوانی را در سطح جامعه به‌وجود آورند و هزینه‌های زیادی را به اجتماع تحمیل کنند. همین مسئله اهمیت توجه به خانواده و تلاش برای بهبود و پیشرفت کیفیت آن را دوچندان می‌کند تا بتوان از این طریق از افزایش روزافزون مشکلات اجتماعی پیشگیری کرد (۵). همچنین از خانواده به‌عنوان یکی از عوامل بسیار مهم رشد شخصیت اعضای آن یاد شده است (۶). این مطلب نشان‌دهنده‌ی آن است که نوع ارتباطات درون خانواده از عوامل مهم‌تر تأثیرگذار بر سلامت روان اعضای آن به‌شمار می‌رود.

باتوجه به اهمیت سلامت خانواده و تأثیر آن بر وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی افراد، باید به مسائل تهدیدکننده‌ی سلامت خانواده، توجه ویژه کرد. به‌عنوان مثالی از این مسائل، می‌توان طلاق^۲ را نام برد که سلامت خانواده را تهدید می‌کند و آسیب‌پذیری را برای اعضای آن به‌همراه دارد (۷). طلاق یکی از راه‌های شناخته‌شده و مشروع برخورد با ازدواج‌های شکست‌خورده محسوب می‌شود (۶) که در نتیجه‌ی آن خانواده از هم گسیخته می‌شود و مشکلاتی را برای جامعه به‌وجود می‌آورد؛ مشکلاتی که بیشتر از آنکه مردان را درگیر کند، زنانی را که زندگی زناشویی آن‌ها از هم پاشیده، درگیر می‌کند (۷). طلاق، ساختار خانواده را از بین می‌برد و روابط فرزندان را با والدینشان متزلزل می‌کند. این تزلزل، بر سلامت و روان اعضای خانواده و رشد طبیعی و سالم آن‌ها اثرات مخربی بر جای می‌گذارد (۸). آمارها نشان می‌دهد، در چهل سال گذشته، شمار روابط منجر به طلاق تقریباً سه برابر شده

است. در جامعه‌ی ایرانی نیز آمار طلاق بسیار زیاد است و کشور ایران به‌نوعی جزو سردمداران این آمار است (۹).

روان‌شناسانی که در حوزه‌ی مشکلات زندگی زناشویی فعالیت دارند، خاطرنشان می‌کنند برای پیشگیری از طلاق و ارضای نیازهای زناشویی و روانی، کیفیت روابط بین زوجین از اهمیت بسزایی برخوردار است (۶). این اندیشمندان بر نقش برخی سازه‌های شناختی-هیجانی آسیب‌شناسانه در کیفیت رابطه‌ی زناشویی و نیز سلامت جسمی و روانی زوجین تأکید کرده‌اند؛ در این میان می‌توان به سازه‌های حساسیت اضطرابی^۳، تحمل‌ناپذیری^۴ و ابعاد سلامتی همچون سلامت روان و شاخص‌های سلامت جسمی اشاره داشت.

حساسیت اضطرابی (ترس از اضطراب و احساسات جسمانی مربوط به آن)، سازه‌ای شناختی-هیجانی است که منجر به بروز نشانه‌های مختلف بدنی در پی برانگیختگی اضطرابی شدید، در فرد می‌شود؛ نشانه‌هایی مانند افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه و... (۱۰) که بیان‌کننده‌ی ترس از نشانه‌های اضطرابی است (۲) و سبب سوگیری‌هایی در فرایندهای شناختی فرد از جمله پردازش اطلاعات و همین‌طور بازایی اطلاعات مرتبط با محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود. این مسئله خود، زمینه‌ی ابتلای فرد را به اختلالات روانی بیشتر مانند اختلالات اضطرابی و وحشت‌زدگی فراهم می‌آورد (۱۱). این سازه نقش مهمی در گسترش و تداوم اختلالات اضطرابی بازی می‌کند (۲). تحقیقات نشان داده است، زوجین مبتلا به مشکلات زناشویی حساسیت اضطرابی زیادی دارند که باعث می‌شود کوچکترین تجربه‌ی نشانه‌ی بدنی مرتبط با اضطراب، در فرد تصویری مبنی بر وضعیت سخت پیش رو ایجاد کند؛ مسئله‌ای که تحمل تعارضات زناشویی را کاهش می‌دهد (۱۲). تحمل نکردن تعارض زناشویی خود زمینه‌ساز اضطراب بیشتر و حتی گاهی حالات پرخاشگری و حملات وحشت‌زدگی می‌شود (۱۳)؛ بنابراین حساسیت اضطرابی را می‌توان به‌عنوان یکی از عوامل خطر مشکلات زناشویی زوجین در آستانه‌ی طلاق مدنظر قرار داد.

از سویی دیگر، تحمل‌ناپذیری^۴ بلاتکلیفی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه در مقاومت در برابر ابهام و سردرگمی اشاره دارد (۱۴). تحمل ابهام و بلاتکلیفی شامل راهبردهای بقا در بحران و رهنمودهایی برای پذیرش واقعیت است (۱۳). افراد با استفاده از این مهارت یاد می‌گیرند هرچه را که نمی‌توانند تغییر دهند، بپذیرند (۱۵). مشخصه‌ی عمده‌ی تنظیم هیجانی افراد با تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه‌شده است (۱۶). ناتوانی زوجین در کنترل هیجانات منفی خود در رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه و تعارضات زناشویی نمود پیدا می‌کند (۱۷)؛ این در حالی است که پدیده‌ی طلاق و متغیرهای حساسیت اضطرابی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی زیاد با عوامل جسمانی و نیز سلامت روانی ارتباط مستقیم دارند و به‌شکل‌های مستقیم و غیرمستقیم دارای ارتباطات چندی هستند (۸)؛ برای مثال در الگوی زیستی-روانی-اجتماعی که به اختصار BPS^۵ نامیده

4. Intolerance of uncertainty

5. Physical Health indicators

6. Biopsychosocial

1. Mental health

2. Divorce

3. Anxiety sensitivity

می‌شود و الگویی میان‌رشته‌ای است، سلامت و رفاه فرد بستگی به گستره‌ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی دارد. این مدل شرح می‌دهد که تمامی سه عامل مذکور به یک اندازه در سلامت و رفاه انسانی دارای اهمیت هستند و بیماری‌های جسمی و روانی نتیجه نبود تعادل منظم ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و محیطی است؛ بنابراین تمام ابعاد به‌طور یکپارچه و با هم کار می‌کنند (۲). در این میان طلاق به‌عنوان یکی از عوامل مهم برهم‌زننده این چرخه بالطبع دارای نتایج و بدکارکردی‌هایی در همه ابعاد زندگی فرد خواهد بود (۶)؛ برای مثال در پژوهش‌های انجام‌گرفته تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی منجر به افزایش فشارخون در هنگام پیش‌بینی نتایج منفی در موقعیت‌های مهم می‌شود (۱۸). مطابق با پژوهش اشمیت و همکاران، تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی زیاد نیز به‌طور مثبت با فعالیت آمیگدال و به‌طور منفی با فعالیت کورتکس عقبی پیشانی میانی^۱ رابطه دارد. فعالیت هر دوی این نواحی در بروز پرخاشگری‌های بین‌فردی و نیز تصمیمات آنی تأثیرگذار است (۱۹).

در زمینه مداخلات درمانی به‌منظور بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد درگیر با طلاق، تلاش‌های محدودی در حیطه روان‌درمانی انجام شده و به ثبت رسیده است. تحقیقات این حوزه نشان می‌دهد، از مؤلفه‌های ضروری مداخلات مفید برای بهبود وضعیت روانی-اجتماعی و روش‌های مقابله افراد درگیر با طلاق، فراهم‌کردن حمایت عاطفی، ترغیب به پذیرش محدودیت‌ها و اجتناب‌کردن، آموزش واقع‌گرایی، به اشتراک‌گذاشتن تجارب و ابراز احساسات ناخوشایند مرتبط با طلاق است (۲۰). درمان مبتنی بر تصویرسازی ارتباطی یا ایماگوتراپی^۲ از درمان‌هایی است که اثربخشی آن بر کاهش تعارضات زناشویی بررسی شده و نتایج چشمگیری را در این حوزه کسب کرده است (۲۱). این درمان با تمرکز بر ریشه‌های نارضایتی و ترمیم جراحات به‌وجودآمده سعی دارد زوجین را در بازیابی رضایت زناشویی یاری رساند. قدرت نظریه ایماگوتراپی در این است که نخست به زوج‌ها درباره چگونگی و چرایی بروز تعارضات آموزش می‌دهد. سپس ابزارها و تکنیک‌هایی برای حل‌وفصل این تعارضات در اختیار آن‌ها قرار می‌دهد (۲۲). براساس اصلی نظری این عقیده وجود دارد که اشخاص همسران خود را بر مبنای تصویری ناخودآگاه از فردی انتخاب می‌کنند که می‌تواند آن‌ها را کامل کند (۲۱). هندریکس این تصویر درونی را ایماگو^۳ نامید. این تصویر ذهنی آمیزه‌ای است از بازنمایی ذهنی والدین یا مراقبان دوره کودکی، به‌ویژه خصلت‌ها و ویژگی‌های منفی که صدمات روحی بیشتری را به افراد وارد می‌کنند (۲۱). هندریکس و همکاران بیان می‌دارند که انگیزه ما برای جست‌وجوی یک جفت یا یک همسر ذهنی، به‌علت نیاز شدیدمان به شفاف‌بخشیدن به زخم‌های دوران کودکی است. فرایند ایماگوتراپی شامل متعهد و مقیدکردن خویش به درک صدمات روحی خود و همسرمان بر یادگیری مهارت‌های جدید و تغییر رفتارهای رنج‌آور و زیان‌بخش است (۲۳).

به‌طور کل در بسیاری از مواقع طلاق با نمود آشکار وجود ندارد؛ بلکه پس از ناسازگاری‌ها و نارضایتی‌ها، بین زوجین طلاق عاطفی صورت

می‌گیرد که آماری از آن در دست نیست؛ لذا پژوهش درباره طلاق به چند دلیل دارای اهمیت است. برخی از این دلایل مربوط به اهمیتی است که نهاد خانواده در جوامع امروزی دارد. برخی دیگر در ارتباط با کیفیت زندگی و تأثیری است که طلاق می‌تواند بر سایر جنبه‌های زندگی فرد داشته باشد. مطالعات متعددی درباره اثربخشی ایماگوتراپی بر مؤلفه‌های زناشویی انجام شده است که از آن جمله می‌توان به اثربخشی این درمان بر بهبود مکانیزم‌های دفاعی (۲۴)، الگوهای ارتباطی زوجین (۲۵)، صمیمیت زناشویی (۲۶)، عوامل زمینه‌ای خانواده (۲۷) و کیفیت ارتباط و صمیمیت زناشویی (۲۸) اشاره کرد.

باتوجه به مطالب مذکور، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر ایماگوتراپی بر حساسیت اضطرابی، تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی، سلامت روانی و شاخص‌های سلامت جسمی در زوجین در آستانه طلاق انجام شد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زوجین متقاضی طلاق تشکیل دادند که در نیم‌سال دوم ۱۳۹۷ به مراکز تخصصی مشاوره و روان‌شناسی در سطح شهر مشهد مراجعه کردند. باتوجه به معیارهای شمول و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، سی زوج داوطلب واجد شرایط انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. به این ترتیب در هر گروه پانزده زوج (سی نفر) حضور داشتند. در این پژوهش به دلیل آنکه فهرست تمام افراد جامعه تحقیق در دسترس پژوهشگر نبود، امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت؛ بنابراین از شیوه نمونه‌گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی استفاده شد. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه حاضر عبارت بود از: زوجین متقاضی طلاق توافقی؛ تمایل داشتن هر دو نفر زوجین برای همکاری به‌منظور دریافت مداخله مشاوره‌ای؛ زوجین دارای تحصیلات دیپلم و بیشتر از دیپلم؛ قرارگیری سن زوجین بین ۲۰ تا ۴۰ سال؛ نداشتن سابقه طلاق قبلی برای هریک از زوجین؛ نداشتن اختلالات روانی یا سابقه ابتلا به اختلالات روانی برای هریک از زوجین (با استناد به سه جلسه مصاحبه تشخیصی طرح طلاق بهزیستی مشهد) و نداشتن سابقه مشکلات جسمی حاد مرتبط با سه شاخص سلامت مطالعه‌شده در این پژوهش یعنی شاخص توده بدنی، فشارخون و سطح کلسترول. معیارهای خروج شرکت‌کنندگان عبارت بود از: زوجین دارای همسر معتاد یا الکلی؛ زوجین مصرف‌کننده داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان؛ زوجینی با سابقه خیانت یا روابط فرازناشویی؛ وجود معلولیت جسمی یا کم‌توانی ذهنی در یکی از زوجین؛ مشخص شدن نبود شرایط منطبق با اهداف پژوهش در زوجین در طول درمان. ابزارهای به‌کاررفته در پژوهش به این شرح است.

- پرسشنامه تجدیدنظرشده حساسیت اضطرابی^۴؛ پرسشنامه تجدیدنظرشده حساسیت اضطرابی توسط تیلور و کاکس در سال

۳. Imago

۴. Expanded Anxiety Sensitivity Index

۱. Posterior frontomedian cortex

۲. Imago Relationship Therapy

۱۹۹۸ ارائه شد (۲۹). این ابزار، مقیاسی ۳۶ ماده‌ای خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شش موضوع اختصاصی حساسیت اضطرابی شامل ترس از نشانه‌های قلبی-عروقی (شش ماده)، ترس از نشانه‌های تنفسی (هفت ماده)، ترس از نشانه‌های قابل مشاهده برای عموم (هشت ماده)، ترس از نشانه‌های معده و روده (چهار ماده)، ترس از نشانه‌های تجزیه‌ای و عصبی (شش ماده) و ترس از نشانه‌های فقدان کنترل شناختی (پنج ماده) طراحی شد. طراحی این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای با نمراتی از صفر برای بسیار کم تا چهار برای بسیار زیاد صورت گرفته است. نمرات بیشتر بیانگر حساسیت اضطرابی بیشتر است (۲۹). در بررسی همسانی این پرسشنامه ضرایب آلفای بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۰). در پژوهش مرادی‌منش و همکاران، اعتبار این پرسشنامه براساس روش‌های همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ گزارش شد (۳۱).

– پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی^۱: پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شد (۳۲). این پرسشنامه ۲۷ سؤالی برای مشخص کردن و سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی کاربرد دارد. عدم تحمل بلا تکلیفی چهار ویژگی را در تمایز افراد مضطرب از افراد سالم مهم می‌داند: توانایی کم تحمل موقعیت‌های مبهم؛ باورهای مثبت درباره نگرانی؛ اجتناب شناختی؛ جهت‌گیری منفی به مشکل. پاسخدهی در طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای از هیچ‌وقت (۱) تا کاملاً (۵) نمره‌گذاری می‌شود (۳۲). همسانی درونی ۰/۹۱ و ضریب پایایی ۰/۷۸ در بررسی همسانی درونی به دست آمد (۳۳). فریستون و همکاران با استفاده از روش آلفای کرونباخ، همسانی درونی و اعتبار این پرسشنامه را برابر با ۰/۸۴ محاسبه کردند (۳۲). در ایران نیز در پژوهش اکبری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ و اعتبار بازآزمایی برابر ۰/۷۶ به دست آمد (۳۴).

– پرسشنامه سلامت عمومی^۲: این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال است که توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ساخته شد (۳۵). هدف از طراحی آن، کشف و شناسایی اختلال روان‌شناختی در مراکز و محیط‌های مختلف بود. سؤال‌های پرسشنامه چهار خرده‌مقیاس دارد که عبارت است از مقیاس کارکرد جسمانی؛ مقیاس کارکرد اجتماعی؛ مقیاس مربوط به اضطراب؛ مقیاس افسردگی. از ۲۸ عبارت

پرسشنامه، سؤالات ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. سؤالات ۸ تا ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی می‌کند. سؤالات ۱۵ تا ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است. نهایتاً سؤالات ۲۲ تا ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. پاسخدهی در مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (صفر=کمترین حد، ۱=خفیف، ۲=متوسط و ۳=شدید) انجام می‌شود. در هر مقیاس از نمره ۶ و بیشتر و در مجموع از نمره ۲۲ و بیشتر بیانگر علائم مرضی است (۳۵). در بررسی گلدبرگ و ویلیامز پایایی با روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ و پایایی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد (۳۶). در پژوهش تقوی اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی با سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی شد که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمد (۳۷).

همچنین برای بررسی شاخص‌های سلامت جسمی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه، شاخص توده بدنی، فشارخون و سطح کلسترول بررسی شد که در ادامه درباره آن‌ها توضیح داده می‌شود.

– شاخص توده بدنی (BMI): این شاخص از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مترمربع قد (به متر) محاسبه می‌شود. وزن با استفاده از ترازوی دیجیتال با حساسیت ۱۰۰ گرم سنجیده شد. قد نیز با استفاده از یک متر نواری به دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد.

– فشارخون: فشارخون افراد از طریق دستگاه فشارخون دیجیتالی درمانگاه ولی عصر مشهد با دقت زیاد اندازه‌گیری شد.

– سطح کلسترول: اندازه‌گیری سطح کلسترول افراد توسط آزمایشگاه درمانگاه ولی عصر مشهد انجام پذیرفت.

پس از اجرای پیش‌آزمون برای هر دو گروه، آموزش مبتنی بر ایماگو تراپی برای گروه آزمایش ارائه شد؛ اما گروه گواه درمانی دریافت نکرد. در انتها و بعد از اجرای طرح درمان، پس‌آزمون برای تمامی آزمودنی‌های دو گروه پژوهش اجرا شد.

– درمان مبتنی بر تصویرسازی ارتباطی: برای اجرای مداخلات درمانی، از درمان مبتنی بر تصویرسازی ارتباطی متعلق به هندریکس (۲۱) به مدت هشت جلسه دوساعته و به صورت هفتگی (هفته‌ای یک جلسه) بهره گرفته شد. ساختار و محتوای جلسات درمان براساس کتاب زوج‌درمانی کوتاه مدت: مدل ایماگو در عمل تألیف لیکهوت (۲۲) تنظیم شد. در جدول ۱ جلسات درمان مبتنی بر تصویرسازی ارتباطی ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر تصویرسازی ارتباطی

جلسه	اهداف	تمرین
اول	ایجاد محیطی ایمن به طوری که شرکت‌کنندگان بتوانند دستورات درمانی را در جلسات آتی پیگیری کنند.	شرح طرز کار مغز و سه بخش منطقی، لیمبیک و ساقه مغز
	آموزش کارکرد و اهمیت مغز در ناکامی‌های ارتباطی و تأکید بر اهمیتی که ایمنی در رابطه دارد.	گفت‌وگوی آگاهانه درباره تعارضات، مشاهده و مکتوب کردن لیست احساسات
دوم	آموزش گفت‌وگوی آگاهانه و تأکید بر اینکه این ابزار می‌تواند زندگی زناشویی‌شان را دگرگون کند.	مقیاس تحولی زوجها
	عادت دادن اعضای گروه به اینکه درمانگر هر بار تکالیفشان را چک خواهد کرد.	

۲. General Health Questionnaire

۱. Uncertainty Intolerance Questionnaire

اطمینان از اینکه اعضای گروه قادر هستند با همسرشان از طریق گفت‌وگوی آگاهانه به‌طور فعال به گفت‌و شنود بپردازند و به پیام‌های هم گوش کنند. شرکت‌کنندگان درک کنند که تجارب کودکی‌شان چگونه بر فرایند انتخاب همسر آن‌ها تأثیر گذاشته است.	تمرین گفت‌وگوی آگاهانه در هفته‌آتی سه بار و هر بار به مدت نیم‌ساعت، ادامه‌دادن به تمرین‌ها روزی سه بار و هر بار یک دقیقه فکرکردن به صفت خوب همسر و به زبان آوردن جمله‌ای خوب به همسر
به شرکت‌کنندگان جهت به‌خاطر آوردن خاطرات کودکی‌شان و استفاده از آن خاطرات به‌منظور درک آگاهانه هدف از رابطه، یاری می‌شود. روش‌هایی برای ثبت ایماگوی هر همسر-ناکامی‌ها و خاطرات مثبت کودکی، ارائه می‌شود.	بررسی و مکتوب‌کردن ناکامی‌ها و خاطرات مثبت در رابطه با مراقب یا مراقبان زوجین در کودکی، بررسی و مکتوب‌کردن ناکامی‌ها و خاطرات مثبت زوجین در کودکی
اطمینان حاصل کردن در مانگر درباره اینکه اعضای گروه فرایند گفت‌وگوی آگاهانه را کاملاً درک کرده‌اند. استفاده از فرم‌های ایماگویی، به‌طوری‌که آن‌ها بتوانند ببینند انتخاب همسرشان به‌طور ناهشیار و براساس ویژگی‌های مثبت و منفی مراقبان‌شان در کودکی صورت گرفته است. ورود شرکت‌کنندگان به فرایندی که آرام‌آرام بفهمند آن‌ها و همسرشان دوستان یکدیگر هستند نه دشمنان. استفاده از فرایند خاصی که اعضا طی آن بتوانند همدلی را با همسر توسعه دهند. تأکید بر اهمیت «خندیدن از ته دل» روزانه و اشاره به اینکه از ته دل خندیدن، احساس سلامت و امنیت هیجانی را زیاد می‌کند.	کامل کردن جملات ناتمام براساس فرم‌های جلسه قبل درباره «ایماگوی خود را بیابید» و بررسی و مکتوب‌کردن «ناکامی‌ها و خاطرات مثبت در کودکی» پرسش از همسر درباره کودکی‌اش و همدلی کردن با او
میزان همدلی ایجادشده بررسی می‌شود. تأکید بر اهمیت هیجانی و اشاره به اینکه لذت بردن، امنیت هیجانی را زیاد می‌کند. درست‌کردن فهرستی از رفتارهای توجه‌آمیز توسط هر فرد و نشان دادن اینکه توجه و اعمال و آنچه مطلوب همسرش است احساس اهمیت و در نتیجه ایمنی هیجانی را در رابطه زیاد می‌کند.	فهرست رفتارهای توجه‌آمیز رابطه مشترک ایده‌آل، برگه گزارش رابطه‌رؤیایی من برگه سوم: رابطه مشترک ایده‌آل، برگه گزارش رابطه‌رؤیایی من
اهمیت ایجاد ایمنی برای بازسازی ناکامی‌ها شرح داده می‌شود. اشاره به این نکته مهم که ناکامی‌ها، آرزوهای بیان‌شده به‌صورت منفی هستند. درمانجویان کاملاً درک کنند ناکامی‌هایشان در رابطه با همسر، مستقیماً به بخش‌های گم‌شده درون خودشان برمی‌گردد و حالا این بخش‌ها فرصت احیای مجدد پیدا کرده‌اند.	اجتماعی شدن و انتخاب همسر نردبان ناکامی‌ها
تأکید بر این مهم که تغییر به‌آرامی صورت می‌گیرد و کار ساده‌ای نیست. درمانجویان باید درک کنند برآوری نیازهای همسر، درحقیقت شفافبخشی دیگری نیز است و شفافبخشی مذکور، احیای بخش‌های گم‌شده خواهد بود. به‌طور دقیق «نردبان ناکامی‌ها» چک می‌شود. ارتباط دادن ناکامی‌ها به آرزوها و تأکید بر درخواست برای تغییر رفتار صورت می‌گیرد. تأکید بر اینکه تغییر تمام رفتارهای درخواست‌شده، فرایندی طولانی مدت است؛ ولی ممارست و تعهد درقبال انجام و رهاکردن آن‌ها قطعاً ثمربخش خواهد بود.	مرور فرم تغییر رفتار با همسر و حرف زدن درباره آن با استفاده از گفت‌وگوی آگاهانه بازسازی رفتارهای منفی زمان دهی مجدد به ناکامی‌ها
آموزش ابراز خشم و غیظ در دامن ایمن فرایند مهار انجام می‌شود. شرکت‌کنندگان کاملاً متوجه شوند که زیرساختار خشم همیشه آسیب‌دیدگی است و آن‌ها باید یاد بگیرند آسیب‌دیدگی‌های یکدیگر را بشنوند. مرور کلی برنامه پیگیری‌های پس از درمان و تأکید بر اهمیت این برنامه صورت می‌گیرد.	فرایند مهارکننده ثبت درخواست‌های مهارکننده تشریح نحوه استفاده از انواع تمرینات مهارکننده

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین‌های دو گروه و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره بهره گرفته شد. همچنین پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره شامل بررسی همگنی

۳ یافته‌ها

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی، سلامت روانی، BMI، فشارخون و کلسترول مشاهده می‌شود. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون در تمامی شاخص‌ها در مقایسه با پیش‌آزمون تغییر درخور توجهی داشته است؛ درحالی‌که این تغییرات در گروه گواه مشهود و ملموس نبود.

براساس جدول ۲، میانگین سنی شصت آزمودنی حاضر در پژوهش ۳۱/۵۸ و انحراف معیار آن ۵/۴۹ سال بود. همچنین دامنه سنی آن‌ها از ۲۴ تا ۴۰ سال بود. با استفاده از آزمون تی مستقل میانگین سن دو گروه مقایسه شد. نتایج نشان داد، میانگین سن دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/005$). توزیع سنی شرکت‌کنندگان هر گروه در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. نحوه توزیع سنی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های آزمایشی ($n=60$)

گروه	میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی	مقدار احتمال
ایماگوتراپی	۳۲/۶۷	۶/۵۳	۰/۶۶۷	۵۸	۰/۵۱۰
گواه	۳۱/۵۱	۴/۷۶			

جدول ۳. اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه پژوهشی

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ایماگوتراپی	حساسیت اضطرابی	۹۲/۲۶	۹/۶۴	۸۳/۱۶
	عدم تحمل بلا تکلیفی	۸۴/۸۳	۸/۶۵	۷۷/۶
	سلامت روانی	۱۲/۱۳	۱/۹۲	۱۳/۶
	BMI	۲۴/۰۳	۳/۰۲	۲۰/۶
	فشارخون	۸۳/۵	۶/۵۱	۷۷/۹
	کلسترول	۲۰۷/۲	۷/۳۳	۱۸۴/۱
گواه	حساسیت اضطرابی	۹۳/۲	۱۵/۸۴	۹۲/۵۳
	عدم تحمل بلا تکلیفی	۸۹/۳۶	۶/۵۳	۸۸/۹۳
	سلامت روانی	۱۱/۸۳	۲/۲۴	۱۲/۲۳
	BMI	۲۵/۵۶	۲/۶۴	۲۴/۷۳
	فشارخون	۸۷/۸	۷/۲۱	۸۶/۹
	کلسترول	۲۰۰/۷۳	۶/۲۵	۱۹۶/۹۶

چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که اثر آماره لامبدای ویلکز برای تمامی متغیرهای مدنظر مقدار احتمالی کمتر از ۰/۰۵ دارد که به معنای تأثیر معنادار این روش مداخله بر حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی، سلامت روانی، شاخص توده بدنی، فشارخون و کلسترول بود ($p < 0/001$).

در این مرحله برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها در دو گروه از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش‌فرض‌های مربوط به همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع داده‌ها و همخطی پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شد و نتایج بیانگر تأیید آن‌ها و مجاز بودن پژوهشگر برای استفاده از تحلیل کوواریانس بود. برای بررسی اثربخشی درمان ایماگوتراپی بر متغیرهای وابسته پژوهش از تحلیل کوواریانس

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر متغیرهای پژوهش

منبع اثر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
حساسیت اضطرابی پس‌آزمون	۱۱۱۹/۰۸۹	۱	۱۱۱۹/۰۸۹	۲۱/۴۹	<0/001	۰/۲۹۲
عدم تحمل بلا تکلیفی پس‌آزمون	۱۱۳۴/۹۷۷	۱	۱۱۳۴/۹۷۷	۷۶/۲۴۱	<0/001	۰/۵۹۵
سلامت روانی پس‌آزمون	۳۲/۱۶۴	۱	۳۲/۱۶۴	۱۲/۹۴۲	<0/001	۰/۱۹۹
شاخص توده بدنی پس‌آزمون	۶۱/۵۹۴	۱	۶۱/۵۹۴	۱۶/۴۵۸	<0/001	۰/۲۴۰
فشارخون پس‌آزمون	۵۷۸/۶۷۳	۱	۵۷۸/۶۷۳	۲۰/۱۰۰	<0/001	۰/۲۷۹
کلسترول پس‌آزمون	۳۵۳۱/۳۴۵	۱	۳۵۳۱/۳۴۵	۵۹/۰۱۸	<0/001	۰/۵۳۲

یافته‌های به دست آمده نشان‌دهنده آن بود که با حذف اثر پیش‌آزمون، ($p < 0/001$)، عدم تحمل بلا تکلیفی ($p < 0/001$)، سلامت روانی میانگین نمرات گروه آزمایش در متغیرهای حساسیت اضطرابی ($p < 0/001$)، شاخص توده بدنی ($p < 0/001$)، فشارخون

($p < 0.001$) و میزان کلاسترو ($p < 0.001$) تفاوت معناداری با میانگین نمرات گروه کنترل در پس آزمون داشت؛ همچنین اندازه اثر به دست آمده برای متغیرهای حساسیت اضطرابی (۰/۲۹۲)، عدم تحمل بلا تکلیفی (۰/۵۹۵)، شاخص توده بدنی (۰/۲۴۰)، فشارخون (۰/۲۷۹)، میزان کلاسترو (۰/۵۳۲) و بهبود سطح سلامت روانی (۰/۱۹۹) بود که بیانگر اثربخشی معنادار آموزش مبتنی بر ایماگوتراپی بر این متغیرها در اعضای گروه آزمایش است.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر ایماگوتراپی بر سازه‌های حساسیت اضطرابی، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، سلامت روانی و شاخص‌های سلامت جسمی زوجین متقاضی طلاق در شهر مشهد بود.

براساس نتایج مطالعه حاضر، آموزش مبتنی بر ایماگوتراپی بر حساسیت اضطرابی، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، سلامت جسمی و روانی زوجین در آستانه طلاق تأثیر معناداری داشت. در واقع به نظر می‌رسد از طریق تصویرسازی ارتباطی با الگوهای ناسالم زندگی در گذشته فرد، بسیاری از مسائلی که اثرات مخربی بر سلامت جسم و روان در زندگی فعلی داشته است، حل می‌شود. این نتایج با بسیاری از مطالعات آزمایشی و مروری دیگر همسوست؛ برای مثال، پژوهش خویی و همکاران با هدف مقایسه اثربخشی تکنیک‌های ایماگوتراپی و برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود الگوهای ارتباطی زوجین جوان شهر بوشهر انجام شد. یافته‌ها نشان داد، هر دو روش شیوه آموزش مهارت‌های زندگی و ایماگوتراپی در بهبود الگوهای ارتباطی زوجین جوان مؤثر بودند و در مقایسه بین دو روش شیوه ایماگوتراپی تأثیر بهتری بر بهبود الگوهای ارتباطی زوجین داشت (۲۵). فلاح در پژوهشی به بررسی تأثیر کارگاه آموزشی ایماگوتراپی بر میزان صمیمیت زوجین پرداخت. نتایج نشان داد، کاربرد تکنیک‌های ایماگوتراپی، میزان صمیمیت کلی زوجین را افزایش داد. همچنین درباره خرده‌مقیاس‌های علاقه و تعهد، افزایش معناداری ایجاد شد (۲۶). اشمیت و گلهرت در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ایماگوتراپی بر سطح همدلی زوجین و کاهش تعارضات زناشویی پرداختند. در این مطالعه تصادفی و کنترل شده تأثیر ۱۲ هفته درمان گروهی ایماگویی بر میزان همدلی فردی ۶۰ زوج بررسی شد. نتایج نشان داد، تعامل معناداری بین زمان و نتایج وجود داشت و افزایش معناداری در سطح همدلی گروه درمانی در هر سه نقطه ارزیابی مشاهده شد. این یافته‌ها مبین اهمیت میزان همدلی زوجین و برجسته کردن مزایای احتمالی استفاده از این روش درمانی خاص برای تغییر رابطه مثبت زوجین و نیز کاهش تعارضات زناشویی است (۲۷). همچنین در پژوهش لاکت و مارو تأثیر عوامل مشترک ایماگوتراپی بر باورها، ارزش‌ها و راهبردهای درمانی زوجین بررسی شد. روش پژوهش کیفی از نوع پدیدارشناسی بود. جامعه آماری زوج‌درمانگرانی بودند که در مراکز مشاوره خانواده فعالیت می‌کردند. نتایج نشان داد، عوامل مشترک ایماگوتراپی باعث تغییر باورها، ارزش‌ها و راهبردهای درمانی زوج‌درمانگران می‌شود و اثربخشی کار آن‌ها را بهبود می‌بخشد (۲۸).

براساس دیدگاه ایماگوتراپی در آموزش و مداخله، مراحل رشد دوران

کودکی و به‌خصوص روابط اولین کودک با والدین بر زندگی بعدی وی و از همه مهم‌تر بر روابط زناشویی او تأثیر درخور توجه دارد. در این نظریه اعتقاد بر آن است که انتخاب همسر و روابط زناشویی صرفاً به‌صورت آگاهانه صورت نمی‌گیرد؛ بلکه بخش مهمی از آن به‌شکل ناخودآگاه است و نتیجه نیاز به تکمیل مراحل ناتمام دوران کودکی و التیام زخم‌های عاطفی است (۲۳). وجود چنین تجاربی در دوران کودکی بر طبق نظریه ایماگوتراپی می‌تواند منجر به ایجاد مشکلات ارتباطی در زندگی زوجین شود (۲۲). مشکلات ارتباطی، فشار روانی و استرس شدیدی را در هریک از زوجین به وجود می‌آورد (۲). استرس و فشار روانی سبب افزایش حساسیت اضطرابی می‌شود؛ چراکه حساسیت اضطرابی به‌عنوان متغیری گرایشی باثبات نشان‌دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی (تعارض زوجین) به‌منزله امور آزاردهنده و خطرناک تعریف می‌شود (۳۸). از طرفی دیگر حساسیت اضطرابی یکی از صفت‌هایی به‌شمار می‌رود که با اختلالات روان‌تنی رابطه دارد و به‌نظر می‌رسد که از جمله متغیرهای مهم واسطه‌ای بین استرس و بیماری‌های جسمانی باشد. از طرف دیگر، مهم‌ترین بیماری‌های جسمانی که تحت تأثیر مسائل روانی قرار می‌گیرند، معمولاً فشارخون، کلاسترو خون و در نتیجه این دو شاخص توده بدنی است؛ چراکه یکی از دلایل تغییر شاخص توده بدنی افراد کلاسترو خون آن‌ها است و با تغییر سطح کلاسترو شاخص توده بدنی فرد نیز تغییر خواهد کرد. از طرف دیگر حساسیت اضطرابی باعث ترس بیشتر از موقعیت‌های جدید در افراد می‌شود و در پی آن ترس از بلا تکلیفی در شرایط مختلف به وجود می‌آید؛ ترسی که منجر می‌شود فرد از موقعیت تازه دوری کند و سعی نماید حداکثر کنترل را بر موقعیت خود داشته باشد؛ از این رو و با توجه به شرایط طبیعی زندگی افراد که ایجاب می‌کند بر موقعیت پیش‌بینی نشده تسلط داشته باشند (۳۰)، اضطراب این اشخاص در برخورد با این موقعیت بیشتر می‌شود؛ همچنین آنان چرخه معیوبی از استرس و فشار روانی و اضطراب را تجربه می‌کنند که همه آن‌ها منجر به کاهش سطح سلامت روان فرد می‌شود.

در رویکرد ایماگوتراپی با گفت‌وگوی ایجادشده بین زوجین و استفاده از تمرین‌های مشخص شده و هدف‌مند در این رویکرد، در فضایی ایمن که منجر به فاش شدن شخصیت واقعی همسران می‌شود و همسران صادقانه احساسات خود را بیان می‌کنند، درمان پیش می‌رود. از طریق برون‌ریزی مناسب، شناخت از خود و تجارب دوران کودکی بیشتر می‌شود؛ این تجارب در روابط فعلی بازسازی و حل‌وفصل می‌شود و از این طریق زخم‌های دوران کودکی التیام می‌یابد و تأثیر ناخودآگاه را بر روابط کنونی کمتر می‌کند (۳۹). در واقع می‌توان گفت که آموزش ایماگوتراپی به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا بتوانند تصاویری را که در گذشته از افراد مهم زندگی اخذ کرده‌اند و تصاویر ذهنی آن‌ها را تشکیل داده است، از افراد واقعی در زندگی کنونی خود (همسر) تفکیک کنند و تصاویر بهتر و واقع‌بینانه‌تری از یکدیگر داشته باشند (۲۳). از این رهگذر تسلط فرد بر روابط بیشتر می‌شود و با تصمیم‌گیری آگاهانه تأثیرگذاری بهتر و مطلوب‌تری بر روابط فعلی خود دارد و احساس رضایت بیشتری می‌کند. این احساس رضایت فشار روانی، استرس و

اضطراب فرد را کاهش می‌دهد و منجر به احساس بهبود در شاخص‌های بررسی شده می‌گردد. ناگفته پیداست که شناخت بهتر فرد توسط همسر و شریک زندگی خود نیز می‌تواند به درک بهتر وی کمک کند و باعث کاهش فشار روانی و اضطراب و استرس شود؛ از این طریق تأثیر دوطرفه‌ای در بهبود مشکلات و شاخص‌های سلامت جسمی و روانی افراد داشته باشد.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، آموزش مبتنی بر ایماگوتراپی بر کاهش حساسیت اضطرابی، کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی، افزایش سلامت روانی و کاهش شاخص‌های سلامت جسمی (شامل شاخص توده بدنی، فشارخون و کلسترول) در زوجین در آستانه طلاق مؤثر است. درمان ایماگوتراپی از طریق اثرگذاری بر فرایندهای ارتباطی زوجین متعارض، با تغییر ذهنیت افراد از ارتباطشان که بر مبنای تصاویر افراد مهم گذشته شکل گرفته است، به بهبود سطح ارتباطی و نگرش‌های افراد از ارتباط با همسر کمک می‌کند. در صورتی که درمان‌های گروهی با محوریت گروه درمانی مبتنی بر ایماگوتراپی در سطح بزرگ‌تر جامعه برای تمامی زوجین اجرا شود، نه تنها می‌توان از آسیب‌های احتمالی موجود در زندگی زناشویی پیشگیری کرد، بلکه می‌توان میزان گرایش و درخواست طلاق را نیز به شکل چشمگیری کاهش داد.

۶ تشکر و قدردانی

از مساعدت صمیمانه تمامی مراکز درمانی روان‌شناسی شهر مشهد که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از بخشی از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی - واحد نیشابور با عنوان «بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر ایماگوتراپی در مقایسه با آموزش

مهارت‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر حساسیت اضطرابی، تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی، سلامت روانی و شاخص‌های سلامت در زوجین در آستانه طلاق» است. پروپوزال این رساله در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه تصویب شده است. شناسه اخلاق با کد ذیل در تاریخ ۱۳۹۸/۰۱/۱۵ ثبت شد: IR.IAU.NEYSHABUR.REC در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شد؛ به صورتی که پیش از شروع کار از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و آن‌ها از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند؛ به علاوه از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبان محافظت شد و تفسیر نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها انجام پذیرفت. همچنین مشارکت در پژوهش حاضر هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت. این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

برخی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامدهای اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با هزینه شخصی و بدون حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌ها را جمع‌آوری کرد و سپس آن‌ها را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم در نگارش نسخه دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

- Moradimanesh F, Mirjaafari SA. Anxiety sensitivity: concepts and perspectives [Hasasiyat ezterabi: mafahim va didgah-ha]. New Journal of Psychotherapy. 2006;11(39-40):28-42. [Persian]
- Ebadirad SM. Comparing the relationship between behavioral problems of children with conflict parents, children with divorced parents and normal children among elementary school students in Mashhad [Thesis for MSc in Family Counseling]. [Tehran, Iran]: School of Education and Psychology, Shahid Beheshti University; 2011. [Persian]
- Bagherzadeh R, Taghizadeh Z, Mohammadi E, Kazemnejad A, Pourreza A, Ebadi A. Relationship of work-family conflict with burnout and marital satisfaction: cross-domain or source attribution relations? Health Promot Perspect. 2016;6(1):31-6. doi: [10.15171/2Fhapp.2016.05](https://doi.org/10.15171/2Fhapp.2016.05)
- Managheb E, Zamani A, Shams B, Farajzadegan Z. The effect of communication skills training through video feedback method on interns' clinical competency. Iranian Journal of Medical Education. 2010;10(2):164-70. [Persian] <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-1235-en.pdf>
- Greenberg LS. Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings. Washington, DC: American Psychological Association; 2014.
- Bahari F, Fatehizadeh M, Ahmed A, Molavi H, Bahrami F. Effectiveness of Couple Communication Skills Training (CCST) on marital conflicts amongst conflicted divorcing couples. research in clinical psychology and counseling. 2011;1(1):50-70. [Persian] doi: [10.22067/ijap.v1i1.1924](https://doi.org/10.22067/ijap.v1i1.1924)
- Hardesty JL, Crossman KA, Khaw L, Raffaelli M. Marital violence and coparenting quality after separation. J Fam Psychol. 2016;30(3):320-30. doi: [10.1037%2Ffam0000132](https://doi.org/10.1037%2Ffam0000132)

8. Resch JA, Mireles G, Benz MR, Grenwelge C, Peterson R, Zhang D. Giving parents a voice: A qualitative study of the challenges experienced by parents of children with disabilities. *Rehabil Psychol*. 2010;55(2):139–50. doi: [10.1037/a0019473](https://doi.org/10.1037/a0019473)
9. Honarparvaran N. The effectiveness of integrated approach imago therapy and object relationship to controlling emotions couples treacherous. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2017;8(27):15–28. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_2412_9363bb0fa7cf94135b221da7c1e54944.pdf?lang=en
10. Deacon BJ, Abramowitz JS, Woods CM, Tolin DF. The Anxiety Sensitivity Index - Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behav Res Ther*. 2003;41(12):1427–49.
11. McCabe RE. Implicit and explicit memory for threat words in high- and low-anxiety-sensitive participants. *Cognitive Therapy and Research*. 1999;23(1):21–38. doi: [10.1023/A:1018706607051](https://doi.org/10.1023/A:1018706607051)
12. Basharpour S, Abbasi A. Relations of distress tolerance, negative and positive urgency with severity of dependence and craving in people with substance dependency. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2014;12(1):92–102. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-364-en.pdf>
13. Zvolensky MJ, Bernstein A, Vujanovic AA, editors. *Distress tolerance: theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press; 2011.
14. Sexton KA, Dugas MJ. Defining distinct negative beliefs about uncertainty: validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychol Assess*. 2009;21(2):176–86. doi: [10.1037/a0015827](https://doi.org/10.1037/a0015827)
15. Lotfi Kashani F, Vaziri S, Zine El Abidine S, Zine El Abidine SN. Effectiveness of group hope therapy on decreasing psychological distress among women with breast cancer. *Journal of Applied Psychology*. 2014;7(4):45–58. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_96042_671ef6d11220e3518efec48c91520c30.pdf
16. Ameral V, Bishop LS, Palm Reed KM. Beyond symptom severity: The differential impact of distress tolerance and reward responsiveness on quality of life in depressed and non-depressed individuals. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2017;6(4):418–24. doi: [10.1016/j.jcbs.2017.08.004](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.004)
17. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychol Bull*. 2010;136(4):576–600. doi: [10.1037/a0019712](https://doi.org/10.1037/a0019712)
18. Yook K, Kim K-H, Suh SY, Lee KS. Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2010;24(6):623–8. doi: [10.1016/j.janxdis.2010.04.003](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.04.003)
19. Schmidt NB, Keough ME, Mitchell MA, Reynolds EK, Macpherson L, Zvolensky MJ, et al. Anxiety sensitivity: prospective prediction of anxiety among early adolescents. *J Anxiety Disord*. 2010;24(5):503–8. doi: [10.1016/j.janxdis.2010.03.007](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.007)
20. Ayora C, Torres V, de la Vara JL, Pelechano V. Variability management in process families through change patterns. *Information and Software Technology*. 2016;74:86–104. doi: [10.1016/j.infsof.2016.01.007](https://doi.org/10.1016/j.infsof.2016.01.007)
21. Hendrix H. *Getting the love you want: a guide for couples*. Shahrabi M (Persian translator). Tehran: Nasle-e Noandish; 2010.
22. Luquet W. *Short-term couples therapy: the imago model in action*. London: Routledge; 2007, p. 150-60.
23. Hendrix H, Hunt HL, Mason RC, Hannah MT, Luquet W. *Imago relationship therapy: perspectives on theory*. San Francisco: Jossey-Bass; 2005.
24. Matin H, Hayati M. The effectiveness of IMAGO therapy group training on defensive mechanisms and women's problems. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2017;8(32):63–87. [Persian] doi: [10.22054/qccpc.2018.23933.1577](https://doi.org/10.22054/qccpc.2018.23933.1577)
25. Khoie A, Shafie Abadi A, Delavar A, Nouranipoor R. The effectiveness of two approaches : life skills training and imago therapy on improving couples' communication patterns. *Journal of Counseling Research*. 2014;13(50):54–79. [Persian] <http://irancounseling.ir/journal/article-1-94-fa.pdf>
26. Fallah Sh. The effect of imago therapy workshop on couple intimacy in Tehran [Barrasi tasir kargah amoozeshi imago therapy bar mizan samimiati zojeyn saken shahr Tehran] [Thesis for M.Sc. in Psychology]. [Tehran, Iran]: Al-Zahra University;2009. [Persian]
27. Schmidt ChD, Gelhert NC. Couples therapy and empathy: an evaluation of the impact of imago relationship therapy on partner empathy levels. *The Family Journal*. 2017;25(1):23-30. <https://doi.org/10.1177/1066480716678621>
28. Luquet W, Muro L. Imago relationship therapy alignment with marriage and family common factors. *The Family Journal*. 2018;26(4):405–10. doi: [10.1177/1066480718803342](https://doi.org/10.1177/1066480718803342)
29. Taylor S, Cox BJ. An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *J Anxiety Disord*. 1998;12(5):463–83. doi: [10.1016/s0887-6185\(98\)00028-0](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(98)00028-0)
30. Flett GL, Greene A, Hewitt PL. Dimensions of perfectionism and anxiety sensitivity. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*; 2004;22(1):39-57. <https://doi.org/10.1023/B:JORE.0000011576.18538.8e>
31. Moradimanesh F, Mirjafari SA, Goodarzi MA, Mohammadi NA. Evaluation of Psychometric Properties of the Revised Anxiety Sensitivity Index (ASIR). *Journal of Psychology*. 2007;4(44):426-46. [Persian]

32. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? Personality and Individual Differences. 1994;17(6):791–802. doi: [10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
33. Buhr K, Dugas MJ. The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. Behav Rs Ther. 2002;40(8):931-45. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)
34. Akbari M, Hamidpour H, Endouz Z. Investigating the predictive factors of pathological concern in university students [Barrasi avamel pishbini konande negarani pathologic dar daneshjoyan]. In: 5th Seminar of Students' Mental Health. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2010. [Persian]
35. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979;9(1):139-45. doi:[10.1017/s0033291700021644](https://doi.org/10.1017/s0033291700021644)
36. Goldberg D, Bridges K. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. J R Coll Gen Prac. 1987;37:15-8.
37. Taghavi MR. Validity and Reliability of General Health Questionnaire (GHQ). Journal of Psychology. 2001;(20):381-98. [Persian]
38. McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic disorder. Biol Psychiatry. 2002;52: 938-46. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01475-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01475-0)
39. Shadabi N. The effectiveness of communication illustration training on women's marital boredom [Asarbakhshi amoozesh tasvirsazi ertebati bar delzadegi zanashouie zanan] [Thesis for MA]. [Tehran , Iran]: Allameh Tabatabaei University; 2010. [Persian]