MEJDS. 2021; 11:159.

Published online 2021 Nov. **Original Article**

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 H[1], *Toozandehjani H[1], Bagherzadeh Golmakan Z[1]

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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.134.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.127]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۵۹.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی آموزش مبتنی‌بر ایماگوتراپی بر حساسیت اضطرابی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، سلامت روانی و شاخص‌های سلامت جسمی در زوجین در آستانهٔ طلاق

هدی نداف[۱]، *حسن توزنده‌جانی[۱]، زهرا باقرزاده گلمکان[۱]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** H.toozandehjani@yahoo.com

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

چکیده

زمینه و هدف: طلاق عامل درهم‌ریختگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی است. زندگی زناشویی تحت‌تأثیر عوامل مختلفی ازجمله حساسیت اضطرابی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و سلامت روانی قرار می‌گیرد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزشی مبتنی‌بر ایماگوتراپی بر سازه‌های حساسیت اضطرابی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، سلامت روانی و شاخص‌های سلامت جسمی در زوجین در آستانهٔ طلاق انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ پژوهش را زوجین متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر مشهد در نیم‌سال دوم ۱۳۹۷ تشکیل دادند. سی زوج با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و ضمن دارابودن ملاک‌های ورود، به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامهٔ تجدیدنظرشدهٔ حساسیت اضطرابی (تیلور و کاکس، ۱۹۹۸)، پرسشنامهٔ عدم تحمل بلاتکلیفی (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴)، پرسشنامهٔ سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) بود و همچنین شاخص تودهٔ بدنی، فشارخون و سطح کلسترول اندازه‌گیری شد. برای اجرای مداخلات درمانی صرفاً در گروه آزمایش از درمان مبتنی‌بر تصویرسازی ارتباطی (هندریکس، ۲۰۱۰) به‌مدت هشت جلسهٔ دوساعته و به‌صورت هفتگی بهره گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین نمرات گروه آزمایش در متغیرهای حساسیت اضطرابی ($p<۰/۰۰۱$)، عدم تحمل بلاتکلیفی ($p<۰/۰۰۱$)، سلامت روانی ($p<۰/۰۰۱$)، شاخص تودهٔ بدنی ($p<۰/۰۰۱$)، فشارخون ($p<۰/۰۰۱$) و میزان کلسترول ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری با میانگین نمرات گروه کنترل در پس‌آزمون داشت.

نتیجه‌گیری: ایماگوتراپی بر کاهش حساسیت اضطرابی، کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی، افزایش سلامت روانی، کاهش شاخص‌های سلامت جسمی شامل شاخص تودهٔ بدنی، فشارخوان و میزان کلسترول اثربخشی دارد.

کلیدواژه‌ها: ایماگوتراپی، حساسیت اضطرابی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، سلامت روان، شاخص‌های سلامت جسمی، طلاق.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.134.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.127]

۱ مقدمه

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 رابطهٔ 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 پایهٔ 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[1] نسل‌های جامعه در گرو بهبود و افزایش بهداشت روانی خانواده باشد؛ خانواده‌ای که می‌تواند به‌منزلهٔ 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 حوزهٔ اهمیت خانواده، گرینبرگ اشاره دارد به اینکه افراد سالم معمولاً محصول خانواده‌های سالم هستند و درصورتی‌که 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 نشان‌دهندهٔ 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 تهدیدکنندهٔ سلامت خانواده، توجه ویژه کرد. به‌عنوان مثالی از این مسائل، می‌توان طلاق[2] 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 درنتیجهٔ 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 منجربه طلاق تقریباً سه برابر شده است. در جامعهٔ ایرانی نیز آمار طلاق بسیار زیاد است و کشور ایران به‌نوعی جزو سردمداران این آمار است (۹).

روان‌شناسانی که در حوزهٔ 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 شناختی‌ـ‌هیجانی آسیب‌شناسانه در کیفیت رابطهٔ زناشویی و نیز سلامت جسمی و روانی زوجین تأکید کرده‌اند؛ در این میان می‌توان به سازه‌های حساسیت اضطرابی[3] ، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی[4] و ابعاد سلامتی همچون سلامت روان و شاخص‌های سلامت جسمی[5] اشاره داشت.

حساسیت اضطرابی (ترس از اضطراب و احساسات جسمانی مربوط به آن)، سازه‌ای شناختی‌ـ‌هیجانی است که منجربه بروز نشانه‌های مختلف بدنی در پی برانگیختگی اضطرابی شدید، در فرد می‌شود؛ نشانه‌هایی مانند افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه و... (۱۰) که بیان‌کنندهٔ ترس از نشانه‌های اضطرابی است (۲) و سبب سوگیری‌هایی در فرایندهای شناختی فرد ازجمله پردازش اطلاعات و همین‌طور بازیابی اطلاعات مرتبط با محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود. این مسئله خود، زمینهٔ 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 تجربهٔ نشانهٔ بدنی مرتبط با اضطراب، در فرد تصوری مبنی‌بر وضعیت سخت پیش رو ایجاد کند؛ مسئله‌ای که تحمل تعارضات زناشویی را کاهش می‌دهد (۱۲). تحمل‌نکردن 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 آستانهٔ طلاق مدنظر قرار داد.

از سویی دیگر، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه در مقاومت دربرابر 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). مشخصهٔ عمدهٔ 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 پدیدهٔ 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 زیستی‌ـ‌روانی‌ـ‌اجتماعی که به اختصار BPS[6] نامیده

1. Mental health
2. Divorce
3. Anxiety sensitivity
4. Intolerance of uncertainty
5. Physical Health indicators
6. Biopsychosocial

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.134.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.127]

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 نتیجهٔ نبود تعادل منظم ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و محیط است؛ بنابراین تمام ابعاد به‌طور یکپارچه و با هم کار می‌کنند (۲). در این میان طلاق به‌عنوان یکی از عوامل مهم برهم‌زنندهٔ این چرخه بالطبع دارای نتایج و بدکارکردی‌هایی در همهٔ ابعاد زندگی فرد خواهد بود (۶)؛ برای مثال در پژوهش‌های انجام‌گرفته تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی منجربه افزایش فشارخون در هنگام پیش‌بینی نتایج منفی در موقعیت‌های مبهم می‌شود (۱۸). مطابق با پژوهش اشمیت و همکاران، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی زیاد نیز به‌طور مثبت با فعالیت آمیگدال و به‌طور منفی با فعالیت کورتکس عقبی پیشانی میانی[1] رابطه دارد. فعالیت هر دوی این نواحی در بروز پرخاشگری‌های بین‌فردی و نیز تصمیمات آنی تأثیرگذار است (۱۹).

در زمینهٔ مداخلات درمانی به‌منظور بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد درگیر با طلاق، تلاش‌های محدودی در حیطهٔ روان‌درمانی انجام شده و به ثبت رسیده است. تحقیقات این حوزه نشان می‌دهد، از مؤلفه‌های ضروری مداخلات مفید برای بهبود وضعیت روانی‌ـ‌اجتماعی و روش‌های مقابلهٔ 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 مبتنی‌بر تصویرسازی ارتباطی یا ایماگوتراپی[2] 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 نظریهٔ ایماگوتراپی در این است که نخست به زوج‌ها دربارهٔ 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 برمبنای تصویری ناخودآگاه از فردی انتخاب می‌کنند که می‌تواند آن‌ها را کامل کند (۲۱). هندریکس این تصویر درونی را ایماگو[3] نامید. این تصویر ذهنی آمیزه‌ای است از بازنمایی ذهنی والدین یا مراقبان دورهٔ کودکی، به‌ویژه خصلت‌ها و ویژگی‌های منفی که صدمات روحی بیشتری را به افراد وارد می‌کنند (۲۱). هندریکس و همکاران بیان می‌دارند که انگیزهٔ ما برای جست‌وجوی یک جفت یا یک همسر ذهنی، به‌علت نیاز شدیدمان به شفابخشیدن 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 دربارهٔ 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 دربارهٔ 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 مبتنی‌بر ایماگوتراپی بر حساسیت اضطرابی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، سلامت روانی و شاخص‌های سلامت جسمی در زوجین در آستانهٔ طلاق انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون‌ـ‌پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعهٔ 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 دردسترس، 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 به‌دلیل آنکه فهرست تمام افراد جامعهٔ تحقیق دردسترس پژوهشگر نبود، امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت؛ بنابراین از شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس با جایگزینی تصادفی استفاده شد. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به مطالعهٔ حاضر عبارت بود از: زوجین متقاضی طلاق توافقی؛ تمایل‌داشتن هر دو نفر زوجین برای همکاری به‌منظور دریافت مداخلهٔ مشاوره‌ای؛ زوجین دارای تحصیلات دیپلم و بیشتر از دیپلم؛ قرارگیری سن زوجین بین ۲۰تا۴۰ سال؛ نداشتن سابقهٔ طلاق قبلی برای هریک از زوجین؛ نداشتن اختلالات روانی یا سابقهٔ ابتلا به اختلالات روانی برای هریک از زوجین (با استناد به سه جلسه مصاحبهٔ تشخیصی طرح طلاق بهزیستی مشهد) و نداشتن سابقهٔ مشکلات جسمی حاد مرتبط با سه شاخص سلامت مطالعه‌شده در این پژوهش یعنی شاخص تودهٔ بدنی، فشارخون و سطح کلسترول. معیارهای خروج شرکت‌کنندگان عبارت بود از: زوجین دارای همسر معتاد یا الکلی؛ زوجین مصرف‌کنندهٔ داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان؛ زوجینی با سابقهٔ خیانت یا روابط فرازناشویی؛ وجود معلولیت جسمی یا کم‌توانی ذهنی در یکی از زوجین؛ مشخص‌شدن نبود شرایط منطبق با اهداف پژوهش در زوجین در طول درمان. ابزارهای به‌کاررفته در پژوهش به این شرح است.

ـ پرسشنامهٔ تجدیدنظرشدهٔ حساسیت اضطراب[4] : پرسشنامهٔ تجدیدنظرشدهٔ حساسیت اضطرابی توسط تیلور و کاکس در سال

[1]. Posterior frontomedian cortex
[2]. Imago Relationship Therapy
[3]. Imago
[4]. Expanded Anxiety Sensitivity Index

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.134.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.127]

۱۹۹۸ ارائه شد (۲۹). این ابزار، مقیاسی ۳۶ماده‌ای خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شش موضوع اختصاصی حساسیت اضطرابی شامل ترس از نشانه‌های قلبی‌عروقی (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 به‌ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ گزارش شد (۳۱).

ـ پرسشنامهٔ عدم تحمل بلاتکلیفی[1]: پرسشنامهٔ عدم تحمل بلاتکلیفی توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شد (۳۲). این پرسشنامهٔ ۲۷سؤالی برای مشخص‌کردن و سنجش میزان تحمل افراد دربرابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی‌از بلاتکلیفی کاربرد دارد. عدم تحمل بلاتکلیفی چهار ویژگی را در تمایز افراد مضطرب از افراد سالم مهم می‌داند: توانایی کم تحمل موقعیت‌های مبهم؛ باورهای مثبت دربارهٔ 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 به‌دست 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 به‌دست آمد (۳۴).

ـ پرسشنامهٔ سلامت عمومی[2]: 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 نمرهٔ ۶ و بیشتر و درمجموع از نمرهٔ 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 به‌دست آمد (۳۶). در پژوهش تقوی اعتبار نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ ۲۸سؤالی سلامت عمومی با سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی شد که به‌ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به‌دست آمد (۳۷). همچنین برای بررسی شاخص‌های سلامت جسمی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه، شاخص تودهٔ بدنی، فشارخون و سطح کلسترول بررسی شد که در ادامه دربارهٔ آن‌ها توضیح داده می‌شود.

ـ شاخص تودهٔ بدنی (BMI): این شاخص از تقسیم وزن (به‌کیلوگرم) بر مترمربع قد (به متر) محاسبه می‌شود. وزن با استفاده از ترازوی دیجیتالی با حساسیت ۱۰۰ گرم سنجیده شد. قد نیز با استفاده از یک متر نواری به‌دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد.

ـ فشارخون: فشارخون افراد ازطریق دستگاه فشارخون دیجیتال درمانگاه ولی‌عصر مشهد با دقت زیاد اندازه‌گیری شد.

ـ سطح کلسترول: اندازه‌گیری سطح کلسترول افراد توسط آزمایشگاه درمانگاه ولی‌عصر مشهد انجام پذیرفت.

پس از اجرای پیش‌آزمون برای هر دو گروه، آموزش مبتنی‌بر ایماگوتراپی 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.

ـ درمان مبتنی‌بر تصویرسازی ارتباطی: برای اجرای مداخلات درمانی، از درمان مبتنی‌بر تصویرسازی ارتباطی متعلق به هندریکس (۲۱) به‌مدت هشت جلسهٔ دوساعته و به‌صورت هفتگی (هفته‌ای یک جلسه) بهره گرفته شد. ساختار و محتوای جلسات درمان براساس کتاب *زوج‌درمانی کوتاه‌مدت: مدل ایماگو در عمل* تألیف لیکهوت (۲۲) تنظیم شد. در جدول ۱ جلسات درمان مبتنی‌بر تصویرسازی ارتباطی ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی‌بر تصویرسازی ارتباطی

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

[1]. Uncertainty Intolerance Questionnaire

[2]. General Health Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.134.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.127]

	اطمینان از اینکه اعضای گروه قادر هستند با همسرشان ازطریق گفت‌وگوی آگاهانه به‌طور فعال به گفت‌وشنود 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 هفتهٔ آتی سه بار و هر بار به‌مدت 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
سوم	به شرکت‌کنندگان جهت به‌خاطرآوردن خاطرات کودکی‌شان و استفاده از آن خاطرات به‌منظور درک آگاهانهٔ هدف از رابطه، یاری می‌شود. روش‌هایی برای ثبت ایماگوی هر همسر ـ 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 مکتوب کردن ناکامی‌ها و خاطرات مثبت زوجین در کودکی
چهارم	اطمینان‌حاصل‌کردن درمانگر دربارهٔ 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.	کامل‌کردن جملات ناتمام براساس فرم‌های جلسهٔ قبل دربارهٔ «ایماگوی خود را بیابید» و بررسی و مکتوب‌کردن «ناکامی‌ها و خاطرات مثبت در کودکی» پرسش از همسر دربارهٔ کودکی‌اش و همدلی‌کردن با او
پنجم	میزان همدلی ایجادشده بررسی می‌شود. تأکید بر اهمیت هیجانی و اشاره به اینکه لذت‌بردن، امنیت هیجانی را زیاد می‌کند. درست‌کردن فهرستی از رفتارهای توجه‌آمیز توسط هر فرد و نشان‌دادن اینکه توجه و اعمال و آنچه مطلوب همسرش است احساس اهمیت و درنتیجه ایمنی هیجانی را در رابطه زیاد می‌کند.	فهرست رفتارهای توجه‌آمیز رابطهٔ مشترک ایده‌آل، برگهٔ گزارش رابطهٔ رؤیایی من برگهٔ سوم: رابطهٔ مشترک ایده‌آل، برگهٔ گزارش رابطهٔ رؤیایی من
ششم	اهمیت ایجاد ایمنی برای بازسازی ناکامی‌ها شرح داده می‌شود. اشاره به این نکتهٔ مهم که ناکامی‌ها، آرزوهای بیان‌شده به‌صورت منفی هستند. درمانجویان کاملاً درک کنند ناکامی‌هایشان در رابطه با همسر، مستقیماً به بخش‌های گم‌شدهٔ درون خودشان برمی‌گردد و حالا این بخش‌ها فرصت احیای مجدد پیدا کرده‌اند.	اجتماعی‌شدن و انتخاب همسر نردبان ناکامی‌ها
هفتم	تأکید بر این مهم که تغییر به‌آرامی صورت می‌گیرد و کار ساده‌ای نیست. درمانجویان باید درک کنند برآوری نیازهای همسر، درحقیقت شفابخشی دیگری نیز است و شفابخشی مذکور، احیای بخش‌های گم‌شده خواهد بود. به‌طور دقیق «نردبان ناکامی‌ها» چک می‌شود. ارتباط‌دادن ناکامی‌ها به آرزوها و تأکید بر درخواست برای تغییر رفتار صورت می‌گیرد. تأکید بر اینکه تغییر تمام رفتارهای درخواست‌شده، فرایندی طولانی‌مدت است؛ ولی ممارست و تعهد درقبال انجام و رهانکردن آن‌ها قطعاً ثمربخش خواهد بود.	مرور فرم تغییر رفتار با همسر و حرف‌زدن دربارهٔ آن با استفاده از گفت‌وگوی آگاهانه بازسازی رفتارهای منفی زمان‌دهی مجدد به ناکامی‌ها
هشتم	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 برنامهٔ پیگیری‌های پس از درمان و تأکید بر اهمیت این برنامه صورت می‌گیرد.	فرایند مهارکننده ثبت درخواست‌های مهارکننده تشریح نحوهٔ 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 مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره بهره گرفته شد. همچنین پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره شامل بررسی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون، نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف و همخطی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بررسی شد. در تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ به‌کار رفت و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۰۵ درنظر گرفته شد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.134.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.127]

۳ یافته‌ها

براساس جدول ۲، میانگین سنی شصت آزمودنی حاضر در پژوهش ۳۱/۵۸ و انحراف معیار آن ۵/۴۹ سال بود. همچنین دامنهٔ سنی آن‌ها از ۲۴تا۴۰ 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 ($p>۰/۰۰۵$). توزیع سنی شرکت‌کنندگان هر گروه در جدول ۲ نشان داده شده است.

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

جدول ۲. نحوهٔ توزیع سنی آزمودنی‌ها به‌تفکیک گروه‌های آزمایشی (n=۶۰)

گروه	میانگین	انحراف معیار	T	درجهٔ 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	۷/۵
	عدم تحمل بلاتکلیفی	۸۴/۸۳	۸/۶۵	۷۷/۶	۸/۳۹
	سلامت روانی	۱۲/۱۳	۱/۹۲	۱۳/۶	۱/۷۳
	BMI	۲۴/۰۳	۳/۰۲	۲۰/۶	۲/۸۴
	فشارخون	۸۳/۵	۶/۵۱	۷۷/۹	۴/۶۸
	کلسترول	۲۰۷/۲	۷/۳۳	۱۸۴/۱	۹/۴۶
گواه	حساسیت اضطرابی	۹۳/۲	۱۵/۸۴	۹۲/۵۳	۸/۹۲
	عدم تحمل بلاتکلیفی	۸۹/۳۶	۶/۵۳	۸۸/۹۳	۴/۰۵
	سلامت روانی	۱۱/۸۳	۲/۲۴	۱۲/۲۳	۱/۸۶
	BMI	۲۵/۵۶	۲/۶۴	۲۴/۷۳	۲/۰۶
	فشارخون	۸۷/۸	۷/۲۱	۸۶/۹	۵/۸۳
	کلسترول	۲۰۰/۷۳	۶/۲۵	۱۹۶/۹۶	۷/۸۲

در این مرحله برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها در دو گروه از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش‌فرض‌های مربوط به همگنی واریانس‌ها، نرمال‌بودن توزیع داده‌ها و همخطی پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شد و نتایج بیانگر تأیید آن‌ها و مجازبودن پژوهشگر برای استفاده از تحلیل کوواریانس بود. برای بررسی اثربخشی درمان ایماگوتراپی بر متغیرهای وابستهٔ پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که اثر آمارهٔ لامبدای ویلکز برای تمامی متغیرهای مدنظر مقدار احتمالی کمتر از ۰/۰۵ دارد که به‌معنای تأثیر معنادار این روش مداخله بر حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلاتکلیفی، سلامت روانی، شاخص تودهٔ بدنی، فشارخون و کلسترول بود ($p<۰/۰۰۱$).

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

منبع اثر		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
عضویت گروهی	حساسیت اضطرابی پس‌آزمون	۱۱۱۹/۰۸۹	۱	۱۱۱۹/۰۸۹	۲۱/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۲
	عدم تحمل بلاتکلیفی پس‌آزمون	۱۱۳۴/۹۷۷	۱	۱۱۳۴/۹۷۷	۷۶/۲۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	سلامت روانی پس‌آزمون	۳۲/۱۶۴	۱	۳۲/۱۶۴	۱۲/۹۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۹۹
	شاخص تودهٔ بدنی پس‌آزمون	۶۱/۵۹۴	۱	۶۱/۵۹۴	۱۶/۴۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۴۰
	فشارخون پس‌آزمون	۵۷۸/۶۷۳	۱	۵۷۸/۶۷۳	۲۰/۱۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۲۷۹
	کلسترول پس‌آزمون	۳۵۳۱/۳۴۵	۱	۳۵۳۱/۳۴۵	۵۹/۰۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۲

یافته‌های به‌دست‌آمده نشان‌دهندهٔ آن بود که با حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین نمرات گروه آزمایش در متغیرهای حساسیت اضطرابی ($p<۰/۰۰۱$)، عدم تحمل بلاتکلیفی ($p<۰/۰۰۱$)، سلامت روانی ($p<۰/۰۰۱$)، شاخص تودهٔ بدنی ($p<۰/۰۰۱$)، فشارخون

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.134.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.127]

($p<۰/۰۰۱$) و میزان کلسترول ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری با میانگین نمرات گروه کنترل در پس‌آزمون داشت؛ همچنین اندازهٔ اثر به‌دست‌آمده برای متغیرهای حساسیت اضطرابی (۰/۲۹۲)، عدم تحمل بلاتکلیفی (۰/۵۹۵)، شاخص تودهٔ بدنی (۰/۲۴۰)، فشارخون (۰/۲۷۹)، میزان کلسترول (۰/۵۳۲) و بهبود سطح سلامت روانی (۰/۱۹۹) بود که بیانگر اثربخشی معنادار آموزش مبتنی‌بر ایماگوتراپی بر این متغیرها در اعضای گروه آزمایش است.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی‌بر ایماگوتراپی بر سازه‌های حساسیت اضطرابی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، سلامت روانی و شاخص‌های سلامت جسمی زوجین متقاضی طلاق در شهر مشهد بود.

براساس نتایج مطالعهٔ حاضر، آموزش مبتنی‌بر ایماگوتراپی بر حساسیت اضطرابی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، سلامت جسمی و روانی زوجین در آستانهٔ طلاق تأثیر معناداری داشت. درواقع به‌نظر می‌رسد ازطریق تصویرسازی ارتباطی با الگوهای ناسالم زندگی در گذشتهٔ 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 مقایسهٔ اثربخشی تکنیک‌های ایماگوتراپی و برنامهٔ آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود الگوهای ارتباطی زوجین جوان شهر بوشهر انجام شد. یافته‌ها نشان داد، هر دو روش شیوهٔ آموزش مهارت‌های زندگی و ایماگوتراپی در بهبود الگوهای ارتباطی زوجین جوان مؤثر بودند و در مقایسهٔ بین دو روش شیوهٔ 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 دربارهٔ خرده‌مقیاس‌های علاقه و تعهد، افزایش معناداری ایجاد شد (۲۶). اشمیت و گلهرت در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر ایماگوتراپی بر سطح همدلی زوجین و کاهش تعارضات زناشویی پرداختند. در این مطالعهٔ تصادفی و کنترل‌شده 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 برجسته‌کردن مزایای احتمالی استفاده از این روش درمانی خاص برای تغییر رابطهٔ 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. جامعهٔ آماری زوج‌درمانگرانی بودند که در مراکز مشاورهٔ 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 درخورتوجه 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 نتیجهٔ نیاز به تکمیل مراحل ناتمام دوران کودکی و التیام زخم‌های عاطفی است (۲۳). وجود چنین تجاربی در دوران کودکی بر طبق نظریهٔ ایماگوتراپی می‌تواند منجربه ایجاد مشکلات ارتباطی در زندگی زوجین شود (۲۲). مشکلات ارتباطی، فشار روانی و استرس شدیدی را در هریک از زوجین به‌وجود می‌آورد (۲). استرس و فشار روانی سبب افزایش حساسیت اضطرابی می‌شود؛ چراکه حساسیت اضطرابی به‌عنوان متغیری گرایشی باثبات نشان‌دهندهٔ میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی (تعارض زوجین) به‌منزلهٔ 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 ازجمله متغیرهای مهم واسطه‌ای بین استرس و بیماری‌های جسمانی باشد. از طرف دیگر، مهم‌ترین بیماری‌های جسمانی که تحت‌تأثیر مسائل روانی قرار می‌گیرند، معمولاً فشارخون، کلسترول خون و درنتیجهٔ این دو شاخص تودهٔ بدنی است؛ چراکه یکی از دلایل تغییر شاخص تودهٔ بدنی افراد کلسترول خون آن‌ها است و با تغییر سطح کلسترول شاخص تودهٔ 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 بلاتکلیفی در شرایط مختلف به‌وجود می‌آید؛ ترسی که منجرمی‌شود فرد از موقعیت تازه دوری کند و سعی نماید حداکثر کنترل را بر موقعیت خود داشته باشد؛ ازاین‌رو و باتوجه به شرایط طبیعی زندگی افراد که ایجاب می‌کند بر موقعیت پیش‌بینی‌نشده تسلط داشته باشند (۳۰)، اضطراب این اشخاص در برخورد با این موقعیت بیشتر می‌شود؛ همچنین آنان چرخهٔ معیوبی از استرس و فشار روانی و اضطراب را تجربه می‌کنند که همهٔ آن‌ها منجربه کاهش سطح سلامت روان فرد می‌شود.

در رویکرد ایماگوتراپی با گفت‌وگوی ایجادشده بین زوجین و استفاده از تمرین‌های مشخص‌شده و هدف‌مند در این رویکرد، در فضایی ایمن که منجربه فاش‌شدن شخصیت واقعی همسران می‌شود و همسران صادقانه احساسات خود را بیان می‌کنند، درمان پیش می‌رود. ازطریق 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). درواقع 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.134.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.127]

اضطراب فرد راکاهش می‌دهد و منجربه احساس بهبود در شاخص‌های بررسی‌شده 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

براساس یافته‌های این پژوهش، آموزش مبتنی‌بر ایماگوتراپی بر کاهش حساسیت اضطرابی، کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی، افزایش سلامت روانی و کاهش شاخص‌های سلامت جسمی (شامل شاخص تودهٔ بدنی، فشارخون و کلسترول) در زوجین در آستانهٔ طلاق مؤثر است. درمان ایماگوتراپی ازطریق 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. درصورتی‌که درمان‌های گروهی با محوریت گروه‌درمانی مبتنی‌بر ایماگوتراپی در سطح بزرگ‌تر جامعه برای تمامی زوجین اجرا شود، نه‌تنها می‌توان از آسیب‌های احتمالی موجود در زندگی زناشویی پیشگیری کرد، بلکه می‌توان میزان گرایش و درخواست طلاق را نیز به‌شکل چشمگیری کاهش داد.

۶ تشکر و قدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از بخشی از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی ـ واحد نیشابور با عنوان «بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر ایماگوتراپی درمقایسه با آموزش مهارت‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر حساسیت اضطرابی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، 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؛ به‌صورتی‌که پیش از شروع کار از شرکت کنندگان رضایت‌نامهٔ کتبی دریافت شد و آن‌ها از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند؛ به‌علاوه 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.

دردسترس‌بودن 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 منافعی ندارند.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌ها را جمع آوری کرد و سپس آن‌ها را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Moradimanesh F, Mirjaafari SA. Anxiety sensitivity: concepts and perspectives [Hasasiat ezterabi: mafahim va didgah–ha]. New Journal of Psychotherapy. 2006;11(39–40):28–42. [Persian]
2. 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]
3. 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%2Fhpp.2016.05
4. 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
5. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings. Washington, DC: American Psychological Association; 2014.
6. 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
7. 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.134.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.127]

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
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
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
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
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
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
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
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
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 Psycotherapy. 2017;8(32):63–87. [Persian] doi: 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 samimiat 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
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
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]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.134.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.127]

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
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
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
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
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]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.134.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.127]