

## اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل بر حالات شخصیتی، عزت نفس و نشانگان بالینی افراد دچار شکست عاطفی

ابراهیم اکبری\*<sup>۱</sup>، زینب خانجانی<sup>۲</sup>، زینب عظیمی<sup>۳</sup>، حمید پورشریفی<sup>۴</sup>، مجید محمود علیلو<sup>۵</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل بر حالات شخصیتی، عزت نفس و نشانگان بالینی افراد دچار شکست عاطفی بود. بررسی حاضر به روش طرح نیمه‌آزمایشی تک موردی و از نوع خط پایه چندگانه انجام شد. بدین منظور پنج مراجع دختر به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و تحت درمان تحلیل رفتار متقابل قرار گرفتند. مراجعین در مرحله‌ی پیش از درمان (خط پایه) و در طی جلسه‌های اول، هفتم، هشتم، و جلسه آخر (جلسه چهاردهم) و مراحل پیگیری سه ماهه و شش ماهه پرسشنامه‌های ضربه عشق، BDI-II، عزت نفس، GHQ-28، نوع عملکرد پس از شکست عاطفی، DASS-21، و PAC را تکمیل کردند. همچنین در مرحله پیش از درمان، پرسشنامه میلون-۳ را برای شناسایی الگوهای بالینی شخصیت کامل کردند. برای تحلیل داده‌ها از دو روش معناداری بالینی و شاخص درصد بهبودی استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان تحلیل رفتار متقابل بر حالات شخصیتی، عزت نفس و نشانگان بالینی افراد دچار شکست عاطفی اثربخش بوده، و مراجع پس از پایان درمان از حالات شخصیتی «بالغ» و «والد حمایت‌کننده» خود بیشتر استفاده می‌کرده است. درمان تحلیل رفتار متقابل با توجه به فرآیند درمانی-تکنیکی که دارد در بهبود علائم مرضی دانشجویان دارای شکست عاطفی از اثربخشی مناسبی دارد.

**واژه‌های کلیدی:** تحلیل رفتار متقابل، شکست عاطفی، حالات شخصیتی.

۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۵ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

\* نویسنده‌ی مسئول مقاله، akbari\_psy@yahoo.com

## مقدمه

انسان‌ها در هر دوره تحول روانی-اجتماعی، تکالیفی بر عهده دارند. یکی از مهمترین تکالیف دوره بزرگسالی، انتخاب همسر و رابطه با جنس مخالف برای برقراری رابطه‌ای خوشایند و دیرپاست (زارب<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). همانطور که آغاز یک رابطه عموماً توأم با حس پذیرش و هیجان‌های مثبتی از قبیل شادی، سرخوشی، عشق و لذت است؛ پایان یک رابطه نیز عموماً توأم با احساس طرد شدن و فقدان و هیجان‌هایی از قبیل اضطراب، خشم، غم، حسادت، ناامیدی و تنهایی است (منطقی، ۱۳۹۰ الف؛ اربر و اربر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). در پژوهش‌های وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ۲۲ درصد دانشجویان در سال ۸۳ و ۲۱ درصد در سال ۸۴ اظهار کردند که اخیراً تجربه شکست در روابط عاطفی داشته‌اند. چنین شکستی شدیداً می‌تواند در افت تحصیلی نقش داشته باشد. با ورود به دانشگاه، شکست عاطفی ابعاد جدیدی می‌یابد، زیرا با تغییر موقعیت و دوری از خانواده؛ نیازهای عاطفی خاص‌تر شده و از طرفی امکان ارتباط با جنس دیگر فراهم می‌شود اما برخی افراد در حالی درگیر این روابط می‌شوند که هنوز رشد اجتماعی لازم را کسب نکرده‌اند، در نتیجه دچار مشکلاتی می‌شوند (پورشریفی و همکاران، ۱۳۸۴).

وقتی که روابط قبل از ازدواج، موفقیت‌آمیز نباشند، فرد باید توانمندی کافی جهت اخذ تصمیم برای ترک رابطه را داشته باشد که معمولاً چالشی بسیار طاقت‌فرسا است. بیشتر افراد در برهه‌ای از زندگی خود مجبور شده‌اند یک رابطه صمیمی را کنار بگذارند (زارب، ۲۰۰۷). وقتی روابط رو به تیرگی می‌گذارند گفتگوی بین طرفین محدود می‌شود، اما بحث‌های ناراحت‌کننده درباره ضعف‌ها، نقص‌ها و اشتباهات فرد مقابل افزایش می‌یابد. آلتمان و تیلور این الگوی گفتگو را بعنوان یک خنجر اجتماعی توصیف کردند (منطقی، ۱۳۹۰ الف؛ اربر و اربر، ۲۰۱۱). فرضیه بدست-آوردن-از دست دادن، با مفهوم تعارض برای تعادل رابطه مطابقت دارد. طبق این فرضیه، رابطه‌ای که فاقد جز منفی است و منحصرأ از رویدادها و عواطف مثبت تشکیل شده، می‌تواند به یکنواختی و حتی کوچک جلوه دادن رویدادهای مثبت منجر شود. در نتیجه گفتگوی صادقانه و باز به بالاترین درجه رضایت از رابطه منجر خواهد شد (اربر و اربر، ۲۰۱۱).

قطع رابطه بطور ناگهانی رخ نمی‌دهد. عوامل بسیاری همچون سرنوشت از پیش موجود<sup>۳</sup>، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دلبستگی، الگوهای فرزندپروری، شکست فنی<sup>۴</sup>، و پایان

- 
1. Zarb
  2. Erber, & Erber
  3. Preexisting doom
  4. Mechanical failure

ناگهانی<sup>۱</sup> (نقض قوانین اصلی رابطه، از قبیل خیانت، سوء استفاده) منجر به فروپاشی رابطه می‌شوند (اکبری و همکاران، ۱۳۹۱؛ امیری پیچاکلاپی و همکاران، ۱۳۹۱؛ حمیدپور، ۱۳۸۵). ختم رابطه، همیشه به خاطر عدم تناسب نیست. روابط، بیشتر به خاطر بدگمانی، تعامل‌های نادرست، دخالت منفی خانواده‌ها، کشمکش برای پذیرفتن نقش نمایشنامه، مهارت‌های اجتماعی ضعیف، سبک دلبستگی، الگوی فرزندپروری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ناتوانی در تجربه صمیمیت و سختی‌های ناشی از سازگاری با تغییرات به هم می‌خورند (اربر و اربر، ۲۰۱۱؛ اشتاینر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ اکبری و همکاران، ۱۳۹۱). مشکلات حل نشده و احساسات منفی در برابر دیگران از مهمترین عوامل ایجاد اضطراب، احساس درماندگی و افسردگی است (موراکامی، ماتسونو، کویکه، ابانا، کاتسورا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). تحلیل رفتار متقابل<sup>۴</sup> یکی از نظریاتی است که به روابط بین فردی، فرآیند حوادث زندگی و واکنش‌های متقابل افراد با یکدیگر توجه بسیار داشته و برای مسائل بین فردی، راهکارهای کاربردی ارائه داده است.

طبق نظر اریک برن<sup>۵</sup>، پایه‌گذار رویکرد TA، این رویکرد نظریه‌ای در مورد شخصیت، و نوعی روان‌درمانی است که به منظور رشد و تغییرات شخصی به بررسی روابط و پیوندهای اجتماعی می‌پردازد. تحلیل ساختار شخصیت، بستن روزه‌های پیش‌نویس<sup>۶</sup>، بازی‌ها، نمایشنامه زندگی<sup>۷</sup> و بازتصمیم‌گیری<sup>۸</sup> می‌تواند نقش مهمی در درمان شکست عاطفی بازی کند (جونز و استوارت<sup>۹</sup>، ۱۳۸۸). TA بعنوان نظریه شخصیت، با الگوی حالات نفسانی (والد، کودک، بالغ<sup>۱۰</sup>) تصویری از ساختار روانشناختی انسان‌ها (هریس<sup>۱۱</sup>، ۱۳۸۹) به ما ارائه می‌دهد. مفهوم پیش‌نویس زندگی بیانگر این است که شیوه‌های زندگی ما در بزرگسالی، بازپیداآوری همان روش‌های دوره کودکی ماست حتی اگر نتایج بسیار دردناکی به بار آورد (جیمز و ساوری<sup>۱۲</sup>، ۱۹۷۷). در حوزه کاربرد عملی، تحلیل رفتار متقابل، بعنوان یک روان‌درمانی در درمان انواع اختلالات روانی، از مشکلات روزانه تا روانپریشی‌های بسیار عمیق، بکار می‌رود (۱۰-۹).

1. Sudden death
2. Steiner
3. Murakami, Matsuno, Koike, Ebana, Katsura
4. Transactional Analysis
5. Berne
6. blocking tragic script
7. life scripts
8. re-decision
9. Joines V, Stewart
10. parent, Adult, child
11. Harris
12. James, & Savary

مسائلی که در TA بیشتر روی آن تأکید می‌شود، عبارتند از ارزش‌های اصلی سنت‌های انسان‌گرایانه، وجودی، پدیدارشناسانه و مدل‌های مسئولیت‌پذیری که بر بازشناسی اجتماعی مثبت (نوازش‌ها) و توجه نامشروط (من خوب هستم شما خوب هستید) به عنوان نیازهای اساسی در تحول روانشناختی انسان. تأکید بر تغییر از طریق مسئولیت‌پذیری شخصی، تصمیم‌گیری و اقدامات عمدی، در رابطه درمانی، تمرکز درمان بر استقلال، و چالش‌های تجربی در اینجا و اکنون بنیان نهاده می‌شود (جانسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). بر اساس رویکرد TA، فرد یک سیستم پویای دائماً در حال ارتباط با سیستم‌های دیگر است. لذا آموزه‌های ارتباطی برای بهبود تبادلات میان افراد از جمله دختر و پسر در شرف ازدواج مناسب به نظر می‌رسد. ارتباط مؤثر و کارآمد میان دختر و پسر مهمترین جنبه‌ی خانواده‌های دارای عملکرد مطلوب می‌باشد، ولی از آنجا که ارتباط در دو سطح کلامی و غیرکلامی روی می‌دهد، یکی از دلایل اصلی شکست در روابط رمانتیک، ناهماهنگی پیام‌هایی است که بطور همزمان توسط این دو سطح منتقل می‌شوند (گریف<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

به نظر می‌رسد TA با آموزش تحلیل روابط مکمل، متقاطع و نهفته، مراجعین را با نحوه برقراری ارتباط مؤثر آشنا می‌سازد و آن‌ها را به مهارت‌های ارتباطی مناسبی مجهز می‌سازد تا با تشخیص «حالات شخصیتی» خود و فرد مقابلشان بویژه با توجه به سرنخ‌های کلامی و غیرکلامی بتوانند ارتباط مناسب مکملی را برقرار نمایند. این موضوع که مشکل اکثر روابط آشفته، کنترل غیر مؤثر تعارض است که در نتیجه آن مسائل مهم رابطه حل نشده باقی می‌مانند و غالباً منبع تعارض تکراری می‌شوند (استوارت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ هالفورد<sup>۴</sup>، ۱۳۸۴)، به مفهوم بازی در TA نزدیک است. لذا شکستن جریان بازی‌ها و نیز عدم ورود به بازی‌ها و تقویت «بالغ» به عنوان مسئول اجرائی شخصیت می‌تواند سیکل معیوب مشکل‌زائی - عدم حل مشکل - انباشت مشکل را منقطع سازد. برخی محققان منبع فروپاشی رابطه را در درون افراد، نوع نمایشنامه، وضعیت زندگی تعریف شده، پذیرش نقش، نوع ارتباط متقابل آن‌ها، و در انواع رفتارهای قانون‌شکنی می‌بیند که افراد مرتکب می‌شوند (اربر و اربر، ۲۰۱۱؛ اشتاینر، ۲۰۰۳؛ استوارت، ۲۰۰۷؛ برن، ۱۳۸۹؛ برن، ۱۳۷۰).

با توجه به فقدان پژوهش مستقیم در مورد اثربخشی TA بر شکست عاطفی، در ذیل به پژوهش‌های غیر مستقیم اشاره خواهد شد. در مطالعه‌ای، عابدی دریافت که کاربرد مدل عشق استرنبرگ می‌تواند در تأثیری نسبی سالم‌سازی رفتارهای عاشقانه دانشجویان داشته باشد (عابدی، ۱۳۸۲). حمیدپور در پژوهشی موردی، اثربخشی طرحواره‌درمانی را روی افراد دچار شکست عشقی

- 
1. Johnsson
  2. Greeff
  3. Stewart
  4. Halford

در اکثر آماج‌ها تأیید کرد (حمیدپور، ۱۳۸۵). دهقانی نیز در یک مطالعه موردی به اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر نشانگان ضربه‌ی عشق پرداخت (دهقانی، ۱۳۸۹). با توجه به فقر پژوهشی، شیوع بالای شکست عاطفی بین دانشجویان و پیامدهای ناخوشایند آن (از جمله ن‌آمیدی، افسردگی، کاهش عزت‌نفس، تخریب روابط اجتماعی، بی‌اعتمادی، بدرفتاری، احساس گناه، خشم، اضطراب، افت تحصیلی، و حتی اقدام به خودکشی)، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل روی دانشجویان دچار شکست عاطفی می‌پردازد.

### روش

پژوهش حاضر از نوع طرح تجربی تک موردی با خط پایه چندگانه است که در آن، ۵ دختر دانشجوی دچار شکست عاطفی، تحت درمان تحلیل رفتار متقابل قرار گرفتند. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های شهر تبریز در سال ۹۰-۸۹ بود که اخیراً با فروپاشی یک رابطه رمانتیک مواجه شده بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۵ دانشجوی دختر از جامعه آماری است که با روش نمونه‌گیری هدفمند<sup>۱</sup> انتخاب شدند. هدف از این شیوه‌ی نمونه‌گیری انتخاب افرادی است که با هدف پژوهش مطابقت دارند (گال، بورگ، گال<sup>۲</sup>، ۱۳۸۲). فقط ورود مراجعین دختر در نمونه، به این دلیل است که بررسی‌های نظری و پژوهش‌ها حکایت از آن دارند که میزان آسیب‌دیدگی روانی دختران در شکست عاطفی، بیشتر از پسران است (منطقی، ۱۳۹۰؛ ب؛ گلیگان<sup>۳</sup>، ۱۹۸۲). ابزارهای پژوهش عبارتند از:

**پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ<sup>۴</sup>:** این مقیاس ۱۰ سوالی توسط روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ طراحی شده است و به هر سؤال آن بر اساس مقیاس چهار گزینه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) نمره داده می‌شود (بارو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). در یک گروه ۱۸۵ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز، پایایی این مقیاس را از طریق روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی، و دردیزکرسن به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۸ و ۰/۶۸ و روایی همزمان آن را با پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت ۰/۶۱ بدست آمده است (محمدی، ۱۳۸۴). آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه‌ای دیگر ۰/۸۷-۰/۸۰ محاسبه شده است (رجبی و بهلول، ۱۳۸۶).

1. purposeful sampling
2. Gall, Borg, Gall
3. Gilligan
4. Rozenberg
5. Barrow

**پرسشنامه ضربه عشق (LTI<sup>۱</sup>):** مقیاسی است که راس در سال ۱۹۹۹ برای سنجش شدت ضربه عشق تهیه کرده و از ده ماده ۴ گزینه‌ای تشکیل شده است. این پرسشنامه یک ارزیابی کلی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری فراهم می‌کند. نقطه برش این پرسشنامه، ۲۰ در نظر گرفته می‌شود. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۸۱ و ضریب اعتبار آن در ایران با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ بدست آمده است (دهقانی، ۱۳۸۹).

**پرسشنامه نوع عملکرد بعد از شکست عاطفی:** این پرسشنامه ۴۱ سؤالی به صورت لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. بنا بر تحلیل عاملی صورت گرفته بر روی این پرسشنامه، نهایتاً سه عامل که قدرت پیش‌بینی داشتند، انتخاب و بر اساس عملکرد افراد بعد از جدایی نام-گذاری شدند. این عملکردها عبارتند از: درهم شکستگی در عشق، سردرگمی در عشق، و اعتلاء در عشق. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شده است (کارخانه، ۱۳۸۹).

**پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II<sup>۲</sup>):** این مقیاس ۲۱ ماده‌ای، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک (BDI) است که با نمره برش ۱۷، علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را می‌سنجد. هر ماده ۴ گزینه دارد که از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. ثبات درونی این ابزار در نمونه خارجی ۰/۷۳-۰/۹۲ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱؛ و در نمونه ایرانی، ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ضریب بازآزمایی ۰/۹۳، و روایی آن از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ بدست آمده است (فتحی آشتیانی، داستانی، ۱۳۸۸).

**پرسشنامه میلون (MCMI-III<sup>۳</sup>):** این ابزار ۱۷۵ گویه‌ای که توسط میلون در سال ۱۹۷۷ تهیه شده، به صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شود و ۲۴ مقیاس بالینی و چهار شاخص روایی دارد. ۱۴ مقیاس اختلال‌های شخصیت را بر پایه محور دو DSM-IV<sup>۴</sup> و ۱۰ مقیاس نشانگان بالینی را بر پایه محور یک DSM-IV می‌سنجند. میلون و همکارانش همبستگی میان MCMI-III و MMPI را ۰/۷۵ به بالا گزارش کردند. در نسخه فارسی، توان پیش‌بینی مقیاس‌ها ۰/۹۲-۰/۹۸ و ۰/۹۳-۰/۹۹، توان تشخیصی ۰/۵۸-۰/۸۳ و ضریب آلفای آن‌ها ۰/۸۵-۰/۹۷ گزارش شده است (فتحی آشتیانی، داستانی، ۱۳۸۸).

**پرسشنامه تحلیل رفتار متقابل<sup>۵</sup> (PAC<sup>۱</sup>):** این پرسشنامه ۶۱ سؤالی توسط انجمن TA اروپا ساخته شده و میزان استفاده از هر یک از حالات شخصیتی (والد، بالغ، کودک) را می-

1. Love Trauma Inventory
2. Beck Anxiety Inventory
3. Millon Clinical Multiaxial Inventory
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)
5. transactional analysis questionnaire

سنجد. نمره‌گذاری بصورت صفر (پاسخ منفی) و یک (پاسخ مثبت) است. بالاترین درصد، نشان-دهنده حالتی است که بیشتر توسط فرد استفاده می‌شود. اگر بین بالاترین نمره و نمره بالای بعدی، بیست نقطه درصدی (۲۰ درصد) یا بیشتر تفاوت وجود داشته باشد، حالت شخصیتی که بالاترین نمره را دارد، در فرد غالب است. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۴ بدست آمد.

**پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28<sup>۱</sup>):** این پرسشنامه توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۹ ساخته شده و چهار خرده‌مقیاس دارد: نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی. پایایی بازآزمون، دونیمه‌کردن، آلفای کرونباخ، روایی همزمان با پرسشنامه میدلسکس و روایی سازه نسخه فارسی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۵۵ و ۰/۸۷-۰/۷۲ گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰). همچنین ضریب روایی بازآزمایی ۰/۹۱ برآورد شده است (فحی آشتیانی، داستانی، ۱۳۸۸).

**مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی ۲۱ سؤالی (DASS-21<sup>۲</sup>):** این پرسشنامه توسط لویندا در سال ۱۹۹۵ جهت سنجش افسردگی، اضطراب و تنیدگی روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت طراحی شده است. صاحبی همبستگی زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی را به ترتیب با آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زانگ و تنیدگی ادراک شده، ۰/۷۰، ۰/۶۷، ۰/۴۹ (۳۰) و آلفای کرونباخ آن‌ها را از ۰/۷۹-۰/۷۷ گزارش کرده است (صاحبی، اصغری، سالاری، ۱۳۸۴). سامانی و جوکار به ترتیب برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی اعتبار بازآزمایی ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ را گزارش کرده‌اند (سامانی و جوکار، ۱۳۸۶).

نمونه‌گیری با پخش اطلاعیه در دانشگاه‌های شهر تبریز جهت مراجعه دانشجویان دچار شکست عاطفی به مرکز مشاوره دانشگاه تبریز برای درمان آغاز شد. پس از کسب رضایت مراجعین، انتخاب نمونه بر اساس ملاک‌های شمول پس از مصاحبه بالینی و ارزیابی با پرسشنامه‌های میلیون (برای شناسایی الگوهای بالینی شخصیت) ضربه عشق، و افسردگی بک صورت گرفت. ملاک‌های ورود عبارت بود از: (۱) دامنه سنی ۱۹-۲۸ سال، (۲) رابطه رمانتیک حداقل شش ماه به طول انجامیده باشد، (۳) فروپاشی رابطه توافقی و با میل فرد نباشد، (۴) هدف از رابطه، ازدواج باشد، (۵) عدم رابطه جنسی (رابطه جنسی، تعهد ایجاد نکرده باشد) (۶) گذشتن حداقل ۳ ماه از خاتمه رابطه، و (۷) نمره ۲۰-۳۰ در پرسشنامه ضربه عشق، ملاک‌های حذف عبارت بود از: (۱) تشخیص اختلال روانی جدی در محور یک و دو (مثل سایکوز، اختلال دوقطبی، اختلال شخصیت و وابستگی به

1. Parent Adult Child
2. General Health Questionnaire.28
3. Depression, Anxiety and Stress Scale

مواد) بر اساس مصاحبه بالینی و آزمون میلون، ۲) گذراندن دوره روان‌درمانی یا دارو درمانی همراه با این درمان، ۳) داشتن طرح جدی اقدام به خودکشی که مداخله در بحران را ایجاب نماید. در مرحله خط پایه، پرسشنامه‌های عزت نفس، DASS، GHQ-28، عملکرد پس از شکست عاطفی، و PAC توسط مراجعان تکمیل شد. سپس درمان تحلیل رفتار متقابل به مدت ۱۴ جلسه (هر هفته دو بار) اعمال شد. طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، در جلسه دوم مراجع اول، مراجع دوم وارد طرح درمان شد و به همین ترتیب در جلسه چهارم مراجع اول، مراجع سوم وارد طرح درمان شد. همچنین پرسشنامه‌ها در جلسات اول، هفتم، هشتم و چهاردهم درمان، و پیگیری سه ماهه، و شش ماهه توسط مراجعین تکمیل شدند.

در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل نمودار، معناداری بالینی، درصد بهبودی استفاده شد. فرمول درصد بهبودی برای تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه شده است (اوگلز، لانر، بونستیل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). در این فرمول، اختلاف نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون را بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌کنیم و بهبودی ۵۰٪ یا بیشتر معنادار است. همچنین اگر نمره‌ی فرد پس از مداخله پایین‌تر از نقطه برش باشد، به لحاظ بالینی معنادار خواهد بود.

#### جدول ۱- راهنمای درمان تحلیل رفتار متقابل

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	جلسه آشنایی با دستورالعمل استاندارد تحلیل رفتار متقابل و کار کردن روی قرارداد درمانی.
جلسه دوم	گزارش‌گیری و شناسایی حادثه بحرانی، جمع‌آوری اطلاعات سیستم تخریب.
جلسه سوم	تحلیل ساختاری و کارکردی حالات نفسانی و آموزش چهار وضعیت وجودی، دادن تکالیف خانگی.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل، انتخاب جونز، توضیح نوازش، و تکنیک افزایش نوازش مثبت، دادن تکالیف خانگی.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش روابط مکمل، متقاطع و پنهان و تشخیص حالات سه‌گانه نفسانی، دادن تکالیف خانگی.
جلسه ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آلودگی‌ها، آموختن از افکنش‌ها و رؤیاهای، کاوش نادیده گرفتن‌ها، دادن تکالیف خانگی.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، صدور تجویز و اجازه دادن به مراجع و کنترل احساس‌ها از طریق ردیابی، مقابله با بازی‌ها، تخریب‌ها و نادیده گرفتن، دادن تکالیف خانگی.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، پیدا کردن تمبرها و شناسایی احساسات تخریبی و نادیده گرفتن‌ها، نوازش رفتارهای حل مسأله و احساسات اصیل به جای بازی‌ها و احساسات تخریب، دادن تکالیف خانگی.
جلسه نهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مثلث کارپمن و شناسایی و پرداختن به بازی‌های روانی در روابط، نوازش رفتار حل مسأله و احساسات اصیل، دادن تکالیف خانگی.
جلسه دهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، تحلیل همزیستی روانی و شکستن آن، کار کردن روی کودک انطباق یافته خوب و غیرخوب، و والد‌های انتقادگر و حمایت‌گر، کار روی بستن روزه‌های فرار از پیش‌نویس، دادن تکالیف خانگی.
جلسه یازدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، توافق مجدد روی قرارداد درمانی، شناسایی پیش‌نویس و اجرای نمایشنامه کوچک زندگی، تصمیم‌گیری مجدد، دادن تکالیف خانگی.
جلسه دوازدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، اجرای نمایشنامه بزرگ زندگی، تصمیم‌گیری مجدد، دادن تکالیف خانگی.
جلسه سیزدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل شیوه‌های فعال کردن بالغ، «والد، بالغ، کودک» در ازدواج.
جلسه چهاردهم	فعال کردن کودک درون خوب، بازسازی خود. پاسخگویی در مورد ابهامات و ارزیابی معیار درمان و جلسات درمانی.



**نتایج**

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعین پژوهش نشان داده شده است.

**جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعان**

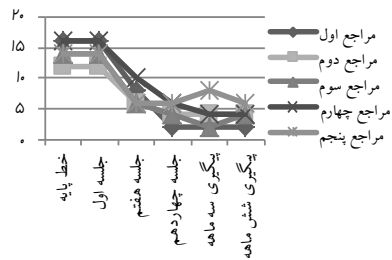
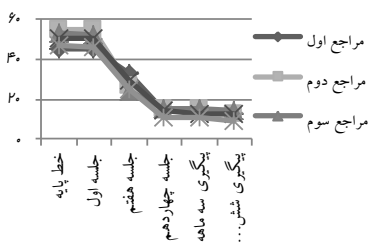
مراجع	سن	جنس	تحصیلات	مدت رابطه	مدت خاتمه	اقدامات درمانی پیشین
اول	۲۴	زن	دکتری حرفه‌ای	۱۳ ماه	۳ ماه	نداشته
دوم	۲۲	زن	کارشناسی	۹ ماه	۷ ماه	مراجعه به روانشناس
سوم	۲۵	زن	کارشناسی	۱۰ ماه	۸ ماه	مراجعه به روانشناس
چهارم	۲۱	زن	کارشناسی	۱۲ ماه	۹ ماه	مراجعه به روانشناس و روانپزشک
پنجم	۲۲	زن	کارشناسی	۱۰ ماه	۱۱ ماه	مراجعه به روانپزشک (دارو درمانی)

**جدول ۳- نمرات مراجعان در عزت نفس، GHQ، عملکرد پس از شکست عاطفی و DASS**

مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم	مراجع چهارم	مراجع پنجم	
۱۶	۱۲	۱۴	۱۶	۱۴	عزت نفس (خط پایه)
۱۶	۱۲	۱۴	۱۶	۱۴	عزت نفس (جلسه اول)
۸	۶	۶	۱۰	۶	عزت نفس (جلسه هفتم)
۲	۴	۴	۶	۶	عزت نفس (جلسه چهاردهم)
۲	۴	۲	۴	۸	عزت نفس (پیگیری سه ماهه)
۲	۴	۴	۴	۶	عزت نفس (پیگیری شش ماهه)
%۸۷	%۶۶	%۷۱	%۷۵	%۵۷	میزان بهبودی
%۷۱					بهبودی کلی
۴۵	۵۵	۵۳	۵۱	۴۷	GHQ (خط پایه)
۴۵	۵۵	۵۲	۵۱	۴۶	GHQ (جلسه اول)
۳۳	۲۷	۲۴	۲۹	۲۵	GHQ (جلسه هفتم)
۱۴	۱۵	۱۵	۱۴	۱۱	GHQ (جلسه چهاردهم)
۱۴	۱۵	۱۵	۱۳	۱۱	GHQ (پیگیری سه ماهه)
۱۳	۱۳	۱۴	۱۳	۹	GHQ (پیگیری شش ماهه)
%۷۱	%۷۶	%۷۳	%۷۴	%۸۱	میزان بهبودی
%۷۵					بهبودی کلی
۵۷	۵۵	۶۷	۵۰	۶۳	درهم شکستگی در عشق (خط پایه)
۵۹	۵۵	۶۷	۵۰	۶۳	درهم شکستگی در عشق (جلسه اول)
۴۳	۴۰	۴۸	۴۵	۳۹	درهم شکستگی در عشق (جلسه هفتم)
۲۱	۱۶	۲۳	۱۹	۱۷	درهم شکستگی در عشق (جلسه چهاردهم)
۲۰	۱۰	۱۷	۱۶	۱۶	درهم شکستگی در عشق (پیگیری سه ماهه)
۱۸	۸	۱۶	۱۳	۱۴	درهم شکستگی در عشق (پیگیری شش ماهه)
%۶۸	%۸۵	%۷۶	%۷۴	%۷۷	میزان بهبودی

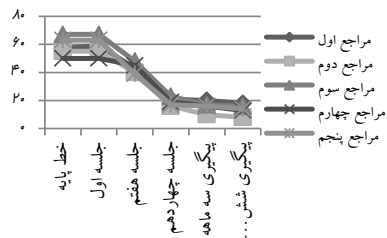
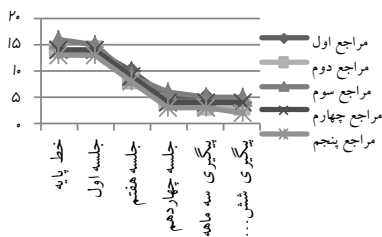
٪۷۶					بهبودی کلی
۱۳	۱۴	۱۶	۱۴	۱۴	سردرگمی در عشق (خط پایه)
۱۳	۱۴	۱۵	۱۴	۱۴	سردرگمی در عشق (جلسه اول)
۸	۹	۹	۸	۱۰	سردرگمی در عشق (جلسه هفتم)
۳	۴	۶	۴	۵	سردرگمی در عشق (جلسه چهاردهم)
۳	۴	۵	۳	۵	سردرگمی در عشق (پیگیری سه ماهه)
۲	۴	۵	۳	۴	سردرگمی در عشق (پیگیری شش ماهه)
٪۸۴	٪۷۱	٪۶۸	٪۷۸	٪۷۱	میزان بهبودی
٪۷۴					بهبودی کلی
۴۶	۵۱	۴۳	۴۵	۴۲	DASS (خط پایه)
۴۶	۵۰	۴۳	۴۵	۴۱	DASS (جلسه اول)
۲۷	۳۴	۳۱	۲۹	۲۳	DASS (جلسه هشتم)
۱۶	۲۰	۱۶	۱۷	۱۳	DASS (جلسه چهاردهم)
۱۵	۱۷	۱۳	۱۶	۱۰	DASS (پیگیری سه ماهه)
۱۵	۱۸	۱۲	۱۴	۸	DASS (پیگیری شش ماهه)
٪۶۷	٪۶۵	٪۷۲	٪۶۸	٪۸۰	میزان بهبودی
٪۷۰					بهبودی کلی

جدول ۳ نشان می‌دهد که مراجعان در شاخص‌های عزت نفس، GHQ، درهم شکستگی در عشق، سردرگمی در عشق، و DASS به ترتیب ٪۷۱، ٪۷۵، ٪۷۶، ٪۷۴، ٪۷۰ درصد بهبودی دست یافتند و این روند بهبودی تا پیگیری سه ماهه و شش ماهه نیز حالت افزایشی داشته است. همان‌طور که در نمودارهای زیر نیز ملاحظه می‌شود، روند رو به کاهش نمرات عزت نفس، GHQ، درهم شکستگی در عشق، سردرگمی در عشق، و DASS طی درمان و بعد از آن ادامه داشته است (نمرات عزت نفس هر چه به سمت پایین باشد نشان‌دهنده عزت نفس بالاتر می‌باشد). این نشان می‌دهد که درمان TA موجب کاهش عود و بازگشت علائم بالینی شکست عاطفی می‌شود.



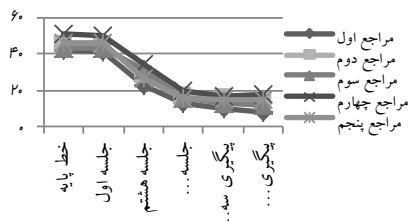
نمودار ۲- فرآیند تغییر نمرات GHQ

نمودار ۱- فرآیند تغییر نمرات عزت نفس



نمودار ۴- فرآیند تغییر نمرات سردرگمی در عشق

نمودار ۳- فرآیند تغییر نمرات درهم شکستگی در عشق



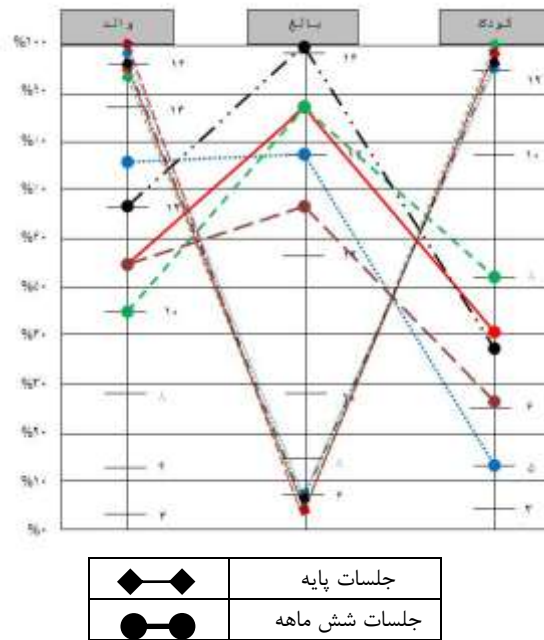
نمودار ۵- فرآیند تغییر نمرات DASS

جدول ۴- نمرات مراجعان در PAC

نقطه درصدی	پیگیری شش ماهه	پیگیری سه ماهه	جلسه چهاردهم	جلسه هشتم	جلسه اول	خط پایه	حالات شخصیتی		مراجعان
							والد	کودک	
%۵۵	۱۰	۹	۹	۹	۵	۵	حمایت کننده	والد	مراجع اول
	۱	۱	۱	۴	۱۱	۱۱	کنترل کننده		
%۸۸	۱۴	۱۳	۱۳	۹	۴	۴	بالغ	کودک	
%۴۰	۷	۷	۷	۱۰	۱۵	۱۴	کودک		
%۷۶	۱۱	۱۲	۱۲	۱۰	۶	۶	حمایت کننده	والد	مراجع دوم
	۲	۴	۵	۷	۱۴	۱۴	کنترل کننده		
%۷۸	۱۴	۱۳	۱۴	۱۰	۵	۵	بالغ	کودک	
%۱۳	۵	۶	۵	۸	۱۳	۱۲	کودک		
%۴۵	۸	۹	۱۰	۷	۴	۴	حمایت کننده	والد	مراجع سوم
	۲	۵	۷	۹	۱۳	۱۴	کنترل کننده		
%۸۸	۱۵	۱۶	۱۵	۹	۴	۴	بالغ	کودک	
%۵۲	۸	۹	۸	۱۰	۱۵	۱۵	کودک		
%۵۵	۱۰	۱۰	۹	۱۰	۷	۷	حمایت کننده	والد	مراجع چهارم
	۱	۴	۵	۸	۱۴	۱۳	کنترل کننده		
%۶۷	۱۳	۱۴	۱۴	۹	۳	۴	بالغ	کودک	
%۲۶	۶	۶	۷	۹	۱۳	۱۳	کودک		
%۶۶	۱۰	۱۰	۱۱	۸	۳	۳	حمایت کننده	والد	مراجع پنجم
	۲	۱	۴	۵	۱۳	۱۳	کنترل کننده		
%۱۰۰	۱۵	۱۴	۱۴	۱۰	۵	۵	بالغ	کودک	
%۳۸	۷	۶	۶	۹	۱۴	۱۳	کودک		

در جدول فوق، تغییر در حالات شخصیتی مراجعان مشاهده می‌شود. مراجعان به تدریج از حالات شخصیتی «والد کنترل کننده» و «کودک» خود کاسته و به سمت «بالغ» و «والد حمایت کننده» پیش می‌روند. موفقیت درمانی با افزایش عملکرد حالات شخصیتی «بالغ» و «والد پرورش دهنده» مرتبط است، و بر عکس، اینکه موفقیت درمانی با کاهش عملکرد حالات شخصیتی «کودک سازگار یافته» و «والد کنترل کننده» و «انتقادگر» مرتبط است.

برای نشان دادن بهتر یافته‌ها، نمره‌های PAC در نمودار زیر ارائه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، نمرات «بالغ» نسبت حالات شخصیتی «والد» (البته والد کنترل کننده)، «کودک» بیشترین روند تغییر رو به بالا در پایان درمان و جلسات پیگیری دارد. این امر نشان می‌دهد که درمان TA موجب فعال شدن بالغ و بهبودی عملکرد فرد پس از شکست عاطفی می‌شود.



نمودار ۶- روند تغییرات در حالات شخصیتی

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان TA می‌تواند در بهبود عزت‌نفس، سلامت روان و علائم شکست عاطفی اثربخش باشد. برخی پژوهش‌ها بر اهمیت درمان افرادی که نمی‌توانند پیامدهای شکست عاطفی را با خود حمل کنند، تاکید کرده‌اند (حمیدپور، ۱۳۸۵؛ دهقانی، ۱۳۸۹). نتایج این پژوهش از یافته‌های این پژوهشگران مبنی بر اهمیت مداخله در شکست عاطفی حمایت می‌کند. با توجه به یافته‌های پیشین، صرف نقص مهارت‌های ارتباطی عامل ایجاد مشکلات ارتباطی نمی‌باشد و عواملی نظیر تصمیمات اولیه، انگیزه‌ها، پذیرفتن نقش‌ها و بازی‌های روانی نیز می‌توانند بر رضایت از روابط و قطع رابطه اثر بگذارند (بورلسون و دنتون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷)، لذا می‌توان انتظار داشت که آموزه‌های TA با توجه به فرآیند و تکنیک‌های درمانی خاصی که دارد مراجعان شکست خورده‌ی عشقی را برای بهتر کنار آمدن و بهتر دیدن چگونگی شکست در رابطه‌شان و بهتر شدن در روابط اجتماعی و عاشقانه در زندگی آینده‌شان کمک نماید.

سوگ و فقدان ناشی از شکست عشقی ما را به هسته خودمان برمی‌گرداند و از این‌رو تحلیل تجربه‌ی شکست عشقی و فقدان فرد مورد علاقه را می‌توان بازفراخوانی هدایت شده و قابل تحمل

1. Burleson B & Denton

فرایند جدایی-تفرد تلقی کرد. درمان، یک تجربه‌ی هیجانی اصلاح‌گر است که در آن برانگیختن تعارض‌های گذشته‌ی زندگی مراجع نتایج متفاوت از گذشته برای مراجع به همراه دارد (دهقانی، ۱۳۸۹). چون درمان TA، مشکلات کنونی مراجع را به الگوهای درازمدت زندگی ربط می‌دهد و بخش عمده‌ی جلسات درمانی، تحلیل چهار زمینه شخصیت، رفتار متقابل، بازی‌ها و پیش‌نویس و وضعیت‌های اتخاذ شده در زندگی می‌باشد؛ و به مشکلات مخصوصاً مشکلات بین فردی بصورت عمیق می‌پردازد و مراجع با آموزش‌هایی که در جلسات درمانی از طرف درمانگر دریافت کرده، با افزایش توانمندی در مهارت‌های ارتباطی، رها کردن پیش‌نویس‌های مخرب، مسئولیت‌پذیری، بهبود مهارت‌های حل مسأله، مهارت‌های هیجانی و در عین حال افزایش تفرد و تحقق خویشتنی دیگر، و انتخاب وضعیت وجودی سالم زندگی در طی یک فرآیند اصلاح درون فردی- بین فردی، فرایند سوگواری و پیامدهای شکست را به خوبی حل و فصل می‌کند.

هدف نهایی درمان TA، آن است که مراجع بتواند با در پیش گرفتن پیش‌نویس‌ها، وضعیت-های سالم‌تر و ارتباطات مناسب‌تر مشکلات و نیازهای عاطفی- هیجانی خود را برطرف نماید. مراجع طی مراحل در فرآیند درمان TA، به شناخت بیشتر از مشکلات خود برسد، و تغییرات مثبت و پایداری را در خود بوجود بیاورد. فرد طی این مراحل از مرحله دفاع (مراجع در جستجوی دفاع کردن از الگوی ناسازگار خود و والدینش است، و شدیداً درگیر چرایی شکست عاطفی خود و تحمل کردن علائم مرضی پس از آن می‌باشد، بدون آن که به حل مسئله بپردازد و روند این زمانی/ این مکانی را در پیش بگیرد) به مرحله آزرده‌گی و تسکین علائم (با آگاه شدن از این که خودش را با دنبال کردن راهبردهای منسوخ دوران کودکی محدود می‌کرده و ارتباط آن با نیازهای تأمین نشده دوران کودکی، آزرده و خشمگین شده و به والدینش واکنش منفی نشان می‌دهد، به تدریج خودش را به صورت منفی تجربه می‌کند و نگاه او به والدین مثبت می‌شود. هر سه حالت شخصیتی او شروع به تغییرات می‌کند و روز به روز بیشتر به حل مسئله می‌پردازد بدون اینکه وارد پیش-نویس شود)، بعد به کنترل اجتماعی (با تشخیص خود به عنوان مشکل، مسئولیت اعمال خویش را به عهده گرفته، کمتر به رفتار پیش‌نویسی مشغول می‌شود و استفاده از رفتار خودمختار را افزایش می‌دهد)، سپس به درمان انتقال (درمانگر را جایگزین والدین اصلی خود می‌بیند و از آنجا که این «پدر یا مادر» جدید پیام‌های بیشتری نسبت به والدین اصلی می‌دهد، مراجع کمتر علائم بالینی و مرضی را تجربه می‌کند)، و در نهایت به درمان پیش‌نویس (خارج شدن از پیش‌نویس و آزاد شدن از سیستم تخریب) می‌رسد (استوارت، ۲۰۰۷؛ برن، ۱۳۸۹). پیش‌نویس همان داستان زندگی هر فرد است که برای خود نوشته و همیشه بر اساس آن تصمیم‌گیری، عمل و رفتار می‌کند. پی بردن

به این تصمیم‌گیری اولیه‌ای که فرد در زمانی که کم‌سن‌تر بوده، اتخاذ کرده عامل اصلی مؤثر بر نوع و شدت دردی است که پس از پایان یک رابطه احساس می‌شود.

اگر فرد به اندازه کافی خوش شانس بوده باشد که در عشق پدر و مادرش، احساس امنیت را در خود پرورده باشد، ممکن است تصمیم گرفته باشد که دوست داشتنی هستم و حق دارم که به من عشق ورزیده شود. به صورتی پایدار و محکم در موقعیت وجودی «من خوبم، تو خوبی» تثبیت شده است. این تصمیم، پایه‌ای برای نوع ایمن عشق ایجاد می‌کند، و با نگرشی خوش بینانه و امیدوارانه، به او برای ورود به روابط صمیمی شجاعت می‌دهد. سپس، هنگامی که به ناگزیر همراه با پایان یک رابطه، درد از دست دادن را احساس می‌کند، قادر است ببیند که هنوز هم آینده‌ای پیش رو دارد؛ و احساس درد را بعنوان بخشی از فرایند انتقال، ضروری می‌داند و انتظار دارد که از این تجربه درس بگیرد، و می‌داند که روزی آماده خواهد بود که دوباره این روابط را امتحان کند. از سوی دیگر، اگر دل‌بستگی فرد با والدینش ناایمن باشد، یا والدین از نظر عاطفی برایش در دسترس نباشد، با مجموعه‌ای متفاوت از انتظارات در مورد دیگران و خودش رشد می‌کند. ممکن است در جایی در طول راه تصمیم بگیرد که یا من خوب نیستم یا دیگران خوب نیستند؛ یا تصمیم بگیرد که من عشق پدر و مادرم را نداشتم، چرا که دوست داشتنی نیستم و یا مستحق توجه و عشق بدون قید و شرط دیگران نیستم (سولومون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

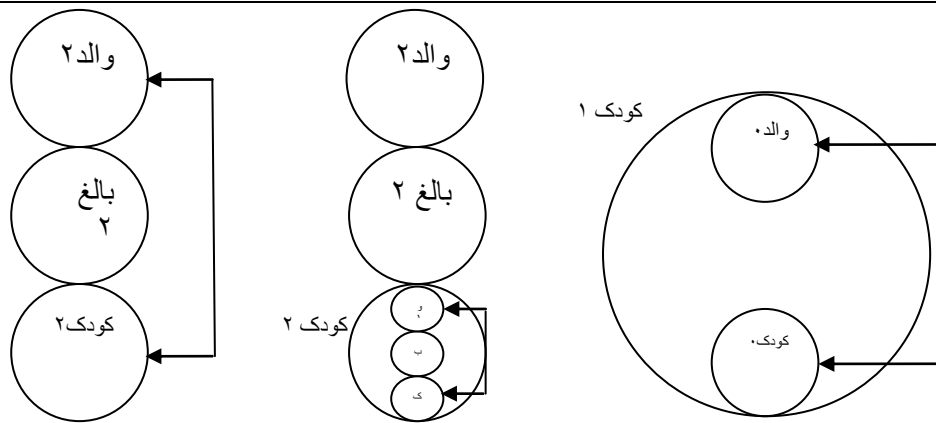
اگر فرد چنین اعتقادی داشته باشد، غلبه بر غم و اندوه و فقدان‌هایی که اغلب افراد در پایان رابطه احساس می‌کنند، بسیار مشکل‌تر خواهد بود، نمی‌تواند آینده‌ای برای خود ببیند و ممکن است این پایان را به عنوان اثبات تصمیمات اولیه‌اش در نظر بگیرد که دوست داشتنی نیستم و ارزش دوست داشته شدن را ندارم. پژوهش‌های موجود در مورد تأثیر سبک‌های فرزندپروری، سبک‌های دل‌بستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر الگوهای ارتباطی و پیامد شکست عاطفی در جمعیت دانشجویی نیز مؤید این نکته هستند (اکبری و همکاران، ۱۳۹۱؛ امیری پیچاکلابی، ۱۳۹۱). وقتی مراجع پایان رابطه را به گونه‌ای تفسیر می‌کند که تصمیم‌گیری‌های اولیه نمایشنامه منفی زندگی‌اش را تقویت می‌کند، احساس وحشتناکی خواهد داشت و به جای اینکه بتواند پایان غم و اندوهش را تصور کند، به خود می‌گوید که شاید این پایان زندگی‌اش باشد. وقتی افراد درد زیادی را تحمل می‌کنند، به نتیجه‌گیری‌های نادرستی می‌رسند، برای مثال: «هیچ کس تاکنون مرا دوست نداشته است»، «هرگز دوباره در یک رابطه نخواهم بود»، یا «خودم را از بین می‌برم». این نتیجه‌گیری‌ها مبتنی بر واقعیت نیستند بلکه بر باورهایی مبتنی هستند که فرد بر اساس تصمیم‌گیری‌های اولیه‌اش به آن‌ها می‌چسبد (جانسون، ۲۰۱۱؛ سولومون، ۲۰۰۳).

برن (۱۹۷۲ به نقل از جانسون، ۲۰۱۱) اشاره کرد که بازتصمیم‌گیری برای رسیدن به استقلال نمایش‌نامه ضروری است. نمایشنامه تنها مکانی است که در آن ارتباط بین بخش هشیار و ناهشیار ذهن برقرار می‌شود، به فرآیندهای عاطفی شکل می‌دهد و مقدمات فرآیندهای شناختی را فراهم می‌سازد. کسب این آمادگی‌های شناختی - عاطفی و برقراری ارتباط بین سطوح هشیار و ناهشیار، به تغییر بینش، شناخت خود، شکستن مقاومت‌ها و در نتیجه به یکپارچگی هیجانی - شناختی، پالایش روانی و بهبود علائم شکست عشقی منجر می‌شود (جیمز و جنگوارد<sup>۱</sup>، ۱۳۸۴). تصمیم‌گیری‌های اولیه کودک ناشی از ظرفیت محدود بقا و نفوذ قدرتمند والدین است. نیازها و احساسات ارضا نشده، از زندگی آگاهانه بالغ واپس‌رانده شده‌اند. در بازتصمیم‌گیری، در حالی که فرد در حالت «کودک» خود قرار دارد، بالغ به طور کامل از سایر فرصت‌ها و منابع موجود برای رسیدن به نیازهای خود آگاه است و می‌تواند براساس فکر و احساس خود تصمیم به تغییر تصمیم اولیه بگیرد (جانسون، ۲۰۱۱). این فرایند رهایی‌بخش، به مراجع اجازه خواهد داد که با مجموعه‌ای از انتظارات و مهارت‌های کسب عشق و صمیمیت، به زندگی خود ادامه دهد (سولومون، ۲۰۰۳).

حل این به اصطلاح بن بست (نقطه برخورد دو یا چند نیروی مخالف - یک تعارض درونی بین ارضای نیازهای خود و انطباق با الزامات والدین)، برای بازتصمیم‌گیری موفق لازم است. این تعارض، تنش و اضطراب را افزایش می‌دهد و انرژی مراجع را تخلیه می‌کند که موجب بی‌تحركی، سردرگمی و کاهش عزت‌نفس می‌شود. بن‌بست‌ها را می‌توان در ارتباط با زمان تصمیم‌گیری اولیه در تحول کودک، به سه نوع تقسیم کرد (نمودار ۷). بن بست درجه اول، تعارض بین یک سابق (والد ۲) و یک نیاز طبیعی (کودک ۲) در مرحله پیش‌عملیاتی (کلامی) است. بن بست درجه دوم، تعارضی جدی است که بین ۴ ماهگی و ۴ سالگی در مرحله حسی حرکتی (پیش‌کلامی) رخ می‌دهد و مربوط به ممنوعیت‌ها و دستورات (والد ۱) و نیازهای طبیعی (کودک ۱) می‌باشد. بن بست درجه سوم در مورد ایجاد موقعیت زندگی مراجع قبل از تولد و کمی پس از تولد است. این تعارض با این اسناد مرتبط است که احساسات مراجع، کیفیت‌هایی درونی و الگوهای پایدار زندگی هستند. این اسنادها (والد ۰) در برابر نیازهای طبیعی مراجع (کودک ۰) قرار دارند (جیمز و ساوری، ۱۹۷۷؛ تودر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ جانسون، ۲۰۱۱).

- 
1. James M, Jongeward
  2. Tudor





بن بست درجه اول

بن بست درجه دوم

بن بست درجه سوم

**نمودار ۷: نمودار ساختاری ملور<sup>۱</sup> (۱۹۸۰) سه درجه مختلف بن بست (۳۵)**

آموزه‌های TA درباره تجدیدنظر در پیش‌داوری‌ها (آلودگی بالغ-والد، بالغ-کودک)، باید و نبایدهای غیرمنطقی و احکام آزردهنده‌ی «والد» و نیز کنترل تکانشگری‌ها و احساس غیرخوب بودن «کودک» بوسیله‌ی تقویت «بالغ» می‌تواند منجر به نوعی بازسازی شناختی و مانع از تأثیرات سوء این عوامل از جمله سرزنش خود، سردرگمی، افسردگی، اضطراب و استرس بر افراد شکست‌خورده‌ی عشقی شود. عشق در ازدواج لازمه آزادی «بالغ» است، که والد شخص را بررسی می‌کند تا متن مورد قبول یا عدم قبول امروز را بسنجد؛ همچنین وضعیت «کودک» را بررسی می‌کند تا علائم تلافی‌جویانه‌ای را تشخیص بدهد و بسنجد و ببیند آیا کودک به خاطر فرار از زیر بار احساس «غیر خوب» خود عصیان کرده یا به بازی‌های مختلف پرداخته است. این طبیعت «کودک» است که یأسی جزئی را با مصیبتی کلی اشتباه کند و به گریه بیفتد اما وقتی این یأس در زمانی بروز کند که فرد باید بالغش اقتدار داشته باشد به نوعی آلودگی شخصیتی ایجاد می‌کند (اشتاینر، ۲۰۰۳؛ هریس، هریس، ۱۳۸۸). کار آلودگی‌زدایی مبتنی است بر نوعی آمیختگی ناسالم حالات کودک و والد مراجع با وضعیت بالغ در اینجا و اکنون. در درمان TA با کمک روشن‌سازی و رویارویی، باورهای نامناسب ناشی از برداشت‌های گذشته و حال از واقعیت را شناسایی کنیم. این ممکن است آگاهی مراجع را از تفاوت‌ها و مرزهای میان حالات شخصیتی افزایش دهد، نفوذ و کنترل بالغ را تقویت کند و منابع موجود برای حل مسئله را در شکست عاطفی‌اش گسترش دهد (جانسون، ۲۰۱۱؛ تودر، ۲۰۰۲).

وقتی درمان بر درگیری هیجانی «کودک» تمرکز می‌کند، درمانگر تلاش می‌کند تا مراجع را به صورت یک کل یکپارچه سازد (رفع آشفتگی‌ها). «کودک» به دلیل افکار و احساسات سرکوب شده، آشفته شده است. رفع آشفتگی‌ها به این معنی است که به «کودک» اجازه دهیم که احساسات، افکار و رفتارهای منع شده در دوره کودکی را بیان کند و این آشفتگی را که در ارتباط با این سرکوب به وجود آمده است، بشناسد. با استفاده از روش‌های تخلیه هیجانی و تکنیک دو صندلی، «کودک» می‌تواند با کلمات و عبارات بدن، احساسات خود را از آلودگی با بالغ رها سازد، به این معنی که مراجع می‌تواند دوباره احساسات واقعی از دست رفته خود را کشف کند و دریابد که چگونه این تعارض درونی رخ داده است (کلارکسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲).

همان‌طور که در جدول ۴ و نمودار ۶ مشاهده شد که مراجعان به تدریج طی فرآیند درمان با تغییرات چشمگیر حالات شخصیتی مواجه شدند، و با توجه به تکنیک‌هایی همچون نوازش‌های مثبت، همزیستی، نمایشنامه، و شکستن پیش‌نویس و گفتمان درونی منفی از حالات والد انتقاد-کننده (کنترل‌کننده) و کودک سازگار و مطیع والدین خود خارج شده و با استفاده از فعال کردن والد حمایت‌کننده و بالغ خود سرشکستگی‌ها، انتقادها، استرس‌ها و علائم بالینی خود را کاهش داده است. چندین محقق استفاده از تحلیل حالات شخصیتی و تغییرات آنها را در طی درمان و اینکه با بهبودی و کارایی درمان «بالغ»، «والد پرورش‌دهنده»، و «کودک طبیعی» مراجع فعال‌تر می‌شود توصیف کرده‌اند (دوسای و دوسای<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹؛ مارش و دریمن<sup>۳</sup>، ۱۹۷۶؛ منیسز و مک‌فارن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۲؛ ویلیامز و ویلیامز<sup>۵</sup>، ۱۹۸۰)، که این مطالعه نیز به نتایجی همسو دست یافت.

در پایان نتیجه می‌گیریم که چون در درمان TA، روی نوازش‌های مثبت برای افزایش عزت نفس، روند سیستم تخریب، بازی‌های روانی، قطع همزیستی روانی کار می‌شود و درمانگر نقش فعالی را در «بازتصمیم‌گیری» و تغییر موفقیت‌آمیز پیش‌نویس بیمار ایفا می‌کند، بجای پرداختن به ارائه‌ی تفسیرهای متعدد، توجه خود را بر روی فراخواندن احساسات بیمار معطوف می‌سازد. بیمار را به تجربه دوباره وقایع دردناک گذشته ترغیب می‌کند و سپس فضای حمایتی لازم را برای آنکه بیمار به کار بر روی خود بپردازد، بوجود می‌آورد؛ و با توجه به اینکه تکنیک‌های رایج در کار هیپنوتیزم، گشتالت درمانی، رفتاردرمانی و سایکودراما را مورد استفاده قرار می‌دهد (ولف و کوتاش<sup>۶</sup>، ۱۳۸۷) درمانی مؤثر برای خروج از درد ناشی از پایان روابط است.

1. Clarekson
2. Dusay, & Dusay
3. Marsh, & Drennan
4. Mincis, & McFarren
5. Williams, & Williams
6. Wolf A & Kutash

از جمله محدودیت‌های این پژوهش تکیه صرف بر ابزارهای خودگزارشی مربوط به نتایج درمان، عدم وجود گروه کنترل، و محدودیت نمونه است که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته را با محدودیت مواجه سازد. همچنین افراد نمونه از طریق فراخوان، آمادگی خود را جهت شرکت در طرح اعلام نمودند، لذا احتمال دارد که این تمایل در نتایج پژوهش بی‌تأثیر نباشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، درمان بصورت گروهی انجام شود. مزیت‌های درمان گروه TA در مقایسه با روان‌درمانی فردی از جمله تعامل اعضا و الگوگیری دوچندان می‌شود. در واقع اعضای گروه از طریق تعامل با یکدیگر و خودافشایی، دریافت حمایت و همدلی و همچنین احساس درد مشترک می‌توانند در مورد مسائلشان به بینش وسیع‌تری دست یافته و بهتر با آن‌ها کنار آیند. گرچه بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر رویکرد TA اثربخش بوده است، اما این یافته‌ها را باید یک یافته مقدماتی دانست و بکارگیری این روش درمانی در قالب طرح‌های تک مراجع و آزمایشی در سطح گسترده ضروری می‌نماید. به منظور پیشگیری از شدت مشکلات ناشی از شکست عاطفی و بالا بردن عملکرد افراد دچار شکست عاطفی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌هایی در زمینه‌ی آموزش قبل از ازدواج یا آموزش ارتباط با جنس مخالف صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

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

### منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد. (۱۳۸۵). آزمون‌های روان‌شناختی. اردبیل: باغ رضوان.
- اکبری ابراهیم، محمود علیلو مجید، خانجانی زینب، پورشریفی حمید، فهیمی صمد، امیری پیچاکلائی احمد، عظیمی زینب (۱۳۹۱ در دست چاپ). مقایسه دانشجویان دارای شکست عشقی با و بدون نشانگان بالینی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و الگوهای فرزندپروری. تهران: مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران.
- امیری پیچاکلائی احمد، خانجانی زینب، پورشریفی حمید، اکبری ابراهیم، عظیمی زینب، محمود علیلو مجید، فهیمی صمد، قاسم پور عبدالله (۱۳۹۱). طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی دانشجویان دارای شکست عشقی با نشانگان بالینی در مقایسه با دانشجویان دارای شکست عشقی بدون نشانگان بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن: مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی ۲۳ (۶).
- برن، اریک (۱۳۷۰). بعد از سلام چه می‌گویید؟. ترجمه مهدی قراچه داغی. تهران: نشر البرز.
- برن، اریک (۱۳۸۹). تحلیل رفتار متقابل. ترجمه اسماعیل فصیح. تهران: نشر نو.
- پورشریفی، حمید؛ پیروی، حمید؛ طارمیان، فرهاد؛ زرانی، فریبا؛ وقار، معصومه؛ و جعفری، علی اکبر (۱۳۸۴). طرح بررسی بهداشت روان دانشجویان ورودی ۱۳۸۳ دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم. دانشگاه تهران و ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- تقوی، سید محمد رضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). مجله روانشناسی، سال پنجم، شماره ۴، ۸۹-۸۰.

- جونز، ون؛ استوارت، یان (۱۳۸۸). تحلیل رفتار متقابل. ترجمه بهمن دادگستر. تهران: انتشارات دایره.
- جیمز، موریل؛ جنگوارد، دوروتی (۱۳۸۴). برای موفقیت و خوشبختی آفریده شده‌ایم. ترجمه حسن قاسم زاده، تهران: انتشارات آسیا.
- حمیدپور، حسن (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی کارآیی و اثربخشی طرح وارده درمانی در درمان شکست‌های عشقی دانشجویان. مقاله ارائه شده در پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران: دانشگاه شاهد.
- دهقانی، محمود (۱۳۸۹). اثربخشی روان‌درمانی کوتاه مدت تعدیل‌کننده‌ی اضطراب بر نشانگان ضربه‌ی عشق. پایان‌نامه دوره دکتری. انستیتو روانپزشکی تهران.
- رجبی، غلامرضا؛ بهلول، نسرين. (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی. ۳ (۲): ۳۳-۴۸.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. مجله علوم اجتماعی و علوم انسانی. دانشگاه شیراز. ۵۵: ۶۵-۷۷.
- صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد؛ سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی آزمون (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. روانشناسان ایرانی تابستان، ۱ (۴): ۲۹۹-۳۱۲.
- عابدی، محمد رضا (۱۳۸۲). مشاوره با عشاق. مقاله ارائه شده در دومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان. تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- فتحی آشتیانی، علی؛ داستانی، محبوبه (۱۳۸۸). آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: انتشارات بعثت.
- کارخانه، سجاد (۱۳۸۹). نقش سبک‌های دلبستگی و ویژگی‌های شخصیتی در پیش‌بینی پیامدهای شکست عشقی. دانشگاه تربیت معلم کرج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده.
- گال، مردیت؛ بورگ؛ والتر؛ گال، جویس (۱۳۸۲). روشهای تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی (جلد اول). ترجمه احمد رضا نصر، حمید رضا عریضی، محمود ابوالقاسمی و دیگران. تهران: سمت و دانشگاه شهید بهشتی.
- محمدی، نورالله. (۱۳۸۴). بررسی مقدماتی اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس عزت نفس روزنبرگ. فصلنامه روانشناسان ایرانی: روانشناسی تحولی، ۱ (۴): ۳۱۳-۳۲۰.
- منطقی، مرتضی (۱۳۹۰ الف). روانشناسی عشق شورانگیز. تهران: انتشارات بعثت.
- منطقی، مرتضی (۱۳۹۰ ب). بهداشت روانی در عشق شورانگیز. تهران: انتشارات بعثت.
- ولف، الکساندر؛ کوتاش، ایروین (۱۳۸۷). نمونه‌های روان‌درمانی از روان‌شناسان بزرگ. ترجمه رعنا برومند. تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- هالفورد، د. ک (۱۳۸۴). زوج درمانی کوتاه مدت. ترجمه مصطفی تبریزی، مؤسسه کاردانی و فروغ جعفری. تهران: انتشارات فرا روان.
- هریس، تامس آ (۱۳۸۹). وضعیت آخر. ترجمه اسماعیل فصیح. تهران: فرهنگ نشر نو.
- Zarb JM. *Developmental Cognitive Behavioral Therapy with Adults*. 1<sup>st</sup> edition. Publisher: New York: Routledge; 2007, Inc.: 40-163.
- Erber R, Erber MV. *Intimate relationship: issues, theories, and research*. 2nd. Ed. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon 2011.
- Steiner C. *Emotional Literacy; Intelligence with a Heart (Based on Transactional Analysis)*. United States of America: Personhood Press, 2003.

- Murakami M, Matsuno T, Koike K, Ebana S, Katsura T. Transactional analysis and health promotion. Symposium abstracts, J Psychosom Res 2005; 58: 7-29.
- James M & Savary L. A New Self: Self Therapy with Transactional Analysis. Publisher: Addison-Wesley, 1977.
- Johnsson R. Transactional analysis psychotherapy: Three Methods Describing a Transactional Analysis Group Therapy [Doctoral dissertation]. Department of Psychology, Lund University 2011.
- Greeff AP. Characteristics of families that function well. J Fam Issues 2000; 21(8): 948-962.
- Stewart I. Transactional Analysis Counseling in Action (Counseling in Action series). 3<sup>rd</sup> Ed, illustrated, revised. U.S.A.: SAGE Inc., 2007.
- Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982.
- Barrow AP. Assessing Emotional Evaluation: Validation Study of the Reactions to Emotions Questionnaire. [phd dissertation] Austin: Faculty of the University of Texas; 2007.
- Ogles BM, Lunner KM, & Bonesteel K. Clinical Significance: History, application and current practice. Clin Psychol Rev. 2001; 21: 421- 446.
- Burleson B & Denton WH. The relationship between communication skill and marital satisfaction: some moderating effects. J Marriage & Fam 1997; 59(4): 884-902.
- Solomon C. When Intimate Relationships End. Transactional Analysis J 2003; 33 (1): 58-68.
- Tudor K. Transactional Analysis Approaches to Brief Therapy or What do you say between saying hello and goodbye? SAGE Publications London · Thousand Oaks · New Delhi 2002.
- Harris AB, Harris ThA. Staying OK. Fasih E translation, Tehran: Nashr-e No 2009. (Persian)
- Clarekson P. Transactional Analysis psychotherapy an integrated approach. By Routledge. London and New York 1992.
- Dusay JM & Dusay KM. Transactional analysis. In Corsini RJ. & Wedding D. (Eds.) Current Psychotherapies (4th ed.) pp. 405-453. Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, Inc 1989.
- Marsh C & Drennan B. Ego states and egogram therapy. Transactional-Analysis-J 1976; 6: 135-137.
- Mincis P & McFarren C. TA in an alcoholic rehabilitation program. Transactional-Analysis-J 1982; 4: 247-248.
- Williams KB & Williams JE. The assessment of transactional analysis ego states via the adjective checklist. J Personality Assessment 1980; 44: 120-129.
- Wolf A & Kutash I. Psychotherapist's casebook. Translated to Persian by Boroumand R. Tehran: Rasa Institute for Cultural Services, 2008.

