# Comparing the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Logotherapy on Emotion Regulation in Female University Students with Experience of Romantic Breakup

**Nastaran Ramezani[1], Tahereh Mahmoudiyan Dastnaee[2*], Seyed Ali Hosseini Almadani[1]**

[1]Department of Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2]Department of Psychology, Behshahr Branch, Islamic Azad University, Behshahr, Iran

***Article Info:***

***Received:*** **28 Oct 2025** ***Revised:*** **19 Nov 2025** ***Accepted*****: 16 Dec 2025**

## ABSTRACT

***Introduction:*** Romantic breakups during university can disrupt emotion regulation, academic performance, and psychological well-being, highlighting the need for effective therapeutic interventions. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of metacognitive therapy and logotherapy in improving emotion regulation among female students with experience of romantic breakup. ***Materials and Methods:*** The present study was a quasi-experimental research with a pretest–posttest and two-month follow-up design including a control group. The statistical population consisted of female students of Islamic Azad University, Tehran West Branch, during the academic year 2022–2023 (1402–1403). A total of 48 participants were selected using purposive sampling and randomly assigned to three groups: meaning therapy experimental group (17 participants), metacognitive therapy experimental group (16 participants), and a control group (15 participants). The first experimental group received eight 60-minute sessions of metacognitive therapy training, while the second experimental group received eight 90-minute sessions of meaning therapy training. The control group received no training. Data collection instruments included the Love Trauma Syndrome Questionnaire developed by Ross (1999) and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire developed by Garnefski et al. (2001). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) and Bonferroni post hoc tests. ***Results:*** Findings indicated that both logotherapy and metacognitive therapy significantly improved emotion regulation compared to the control group. Furthermore, metacognitive therapy demonstrated a greater effect on emotion regulation than logotherapy. ***Conclusion:*** The results suggest that both metacognitive therapy and logotherapy are effective in enhancing emotion regulation among female students experiencing romantic breakup, with metacognitive therapy showing superior efficacy. These findings provide practical guidance for psychologists and university counselors in selecting effective interventions to support students facing emotional challenges.

***Keywords:***

1. Mental Health
2. Emotional Adjustment
3. Stress, Psychological
4. Coping Skills
5. Resilience, Psychological

***Corresponding Author:** Tahereh Mahmoudiyan Dastnaee
**Email:** *mina.mahmoudian60@gmail.com*

Uncorrected Proof

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]

# مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و معنادرمانی در تنظیم هیجانی در دختران دانشجو با تجربه شکست عاطفی

نسترن رمضانی[1]، طاهره محمودیان دستنایی[2*]، سید علی حسینی المدنی[1]

[1]گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[2]گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۶ آبان ۱۴۰۴ اصلاحیه: ۲۸ آبان ۱۴۰۴ پذیرش: ۲۵ آذر ۱۴۰۴

## چکیده

**مقدمه:** تجربه شکست عاطفی در دوران دانشگاه می‌تواند منجر به اختلال در تنظیم هیجان، عملکرد تحصیلی و بهزیستی روانشناختی شود و ضرورت استفاده از مداخلات درمانی مؤثر را برجسته می‌سازد. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و معنی‌درمانی بر تنظیم هیجان در دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عاطفی انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. تعداد ۴۸ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه شامل گروه آزمایشی معنی‌درمانی (۱۷ نفر)، گروه آزمایشی درمان فراشناختی (۱۶ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایشی درمان فراشناخت هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایشی معنی‌درمانی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سندرم ضربه عشق راس (۱۹۹۹) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد هر دو مداخله معنیدرمانی و درمان فراشناخت در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود معنی‌دار تنظیم هیجان شدند. همچنین، درمان فراشناخت اثربخشی بیشتری نسبت به معنیدرمانی در بهبود تنظیم هیجان نشان داد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها حاکی از آن است که هر دو رویکرد درمان فراشناختی و معنیدرمانی در ارتقای تنظیم هیجان دانشجویان دختر با تجربه شکست عاطفی مؤثرند، با این حال درمان فراشناختی از اثربخشی بالاتری برخوردار است. این نتایج می‌تواند راهنمای عملی برای روانشناسان و مشاوران دانشگاهی در انتخاب مداخلات مؤثر جهت حمایت از دانشجویان با چالش‌های هیجانی باشد.

**واژه‌های کلیدی:**

۱- سلامت روان
۲- سازگاری روانشناختی
۳- استرس عاطفی
۴- مهارت‌های مقابله‌ای
۵- تاب‌آوری روانشناختی

***نویسنده مسئول:** طاهره محمودیان دستنایی

**پست الکترونیک:** *mina.mahmoudian60@gmail.com*

Uncorrected Proof

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]

## مقدمه

دورهٔ جوانی مرحله‌ای انتقالی میان نوجوانی و بزرگسالی است که با تغییرات هویتی، تحصیلی، شغلی و روابط عاطفی همراه می‌شود (۱). روابط عاشقانه در این دوره نقش مهمی در رشد اجتماعی و عاطفی ایفا می‌کنند و شکست عاطفی[1] می‌تواند یک رویداد بحرانی تلقی شود (۲). چنین شکست‌هایی ممکن است پیامدهایی همچون کاهش بهزیستی روانشناختی، افزایش افسردگی و اضطراب، افت عملکرد تحصیلی، کاهش انگیزه و حتی اختلال در فرایند شکل‌گیری هویت را در پی داشته باشند (۳). آمارهای به‌دست‌آمده از مطالعات دانشگاه‌های مختلف کشور نشان می‌دهد که تقریباً ۴۰ تا ۵۵ درصد دانشجویان، دست‌کم یک تجربه‌ی شکست عاطفی جدی در دوران تحصیل خود داشته‌اند (۴). زنان به دلیل هزینه‌های بالای انتخاب جفت نامناسب و سرمایه‌گذاری باروری، به‌طور طبیعی نسبت به نشانه‌های ناهماهنگی در رابطه حساس‌تر هستند، تمایل بیشتری به آغاز جدایی دارند و پس از جدایی، بیش‌تر مستعد تجربهٔ احساسات درونی‌شده‌ای مانند غم، گناه و ترس هستند؛ درحالی‌که مردان بیشتر هیجانات برون‌سازی‌شده همچون خشم و حسادت را تجربه می‌کنند (۵).

یکی از پیچیده‌ترین عواطف بشری یعنی درد هیجانی ناشی از جدایی و فقدان عشق منجر به نشانگان ضربه عشق می‌شود (۶). مطالعات اخیر نشان می‌دهد که پایان رابطه عاشقانه، محرک واکنش‌های هیجانی شدیدی همچون غم، خشم، اضطراب و احساس بی‌ارزشی است؛ واکنش‌هایی که در صورت ناکارآمدی در تنظیم هیجان[2]، ممکن است به مشکلات روانشناختی پایدار مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند (۷). تنظیم هیجانی فرایندی است که طی آن افراد آگاهانه هیجان‌های خود را تعدیل می‌کنند و به صورت مناسب و سریع به تقاضاهای محیط اطراف پاسخ می‌دهند (۸). همچنین تنظیم هیجان شامل فرایندهای آگاهانه و ناآگاهانه‌ای است که برای مدیریت، تغییر یا حفظ حالت‌های هیجانی در موقعیت‌های چالش‌برانگیز به کار می‌روند. شکاف در این مهارت توانایی دانشجویان را در سازگاری سالم با شکست عاطفی کاهش می‌دهد (۹). ضعف در کنترل و تعدیل پاسخ‌های هیجانی، نه‌تنها به تداوم و شدت بیشتر پریشانی هیجانی منجر می‌شود، بلکه چرخه‌ای از نشخوار فکری و تحریف‌های شناختی را فعال می‌کند که مانع بازسازی معنای رویداد می‌شود (۱۰، ۱۱). این ناتوانی در مدیریت هیجان، احتمال توسل به راهبردهای ناسازگارانه‌ای مانند شروع زودهنگام رابطه‌ی جایگزین را افزایش می‌دهد و پیامدهایی بلندمدتی بر سلامت روان و کیفیت روابط آتی فرد دارد (۱۲). یافته‌ها نشان می‌دهد افرادی بامهارت پایین در تنظیم هیجان، بیشتر مستعد تداوم نشخوار فکری و سرزنش خود هستند و دشواری بیشتری دریافتن معنا و بازسازی روابط اجتماعی پس از پایان رابطه دارند (۱۳، ۱۴). ازاین‌رو، بررسی و مداخله در دشواری‌های تنظیم هیجان در میان دانشجویان دختر ممکن است نقشی کلیدی در پیشگیری از پیامدهای منفی شکست‌های عاطفی و ارتقای سلامت روان آنان داشته باشد (۲). در حوزهٔ شکست عاطفی در میان دانشجویان، مداخلات پیشین عمدتاً در سه گروه کلی طبقه‌بندی می‌شوند: آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مشاوره‌های حمایتی یا بین‌فردی (۱۵، ۱۶). پژوهش‌های انجام‌شده هرچند در کاهش نشانه‌های هیجانی پس از شکست عاطفی اثربخش بوده‌اند، بیشتر بر محتوای افکار تمرکز داشته و فرآیندهای فراشناختیِ مؤثر بر فعال‌سازی، تداوم و تشدید آن‌ها را نادیده گرفته‌اند (۱۷). در این راستا، درمان فراشناختی[3] با شناسایی و اصلاح باورهای مثبت و منفی درباره‌ی فکر کردن یا کنترل افکار و نیز مداخله بر سندرم شناختی- توجهی، چرخه‌ی ناکارآمد هیجانی را متوقف ساخته و زمان بهبود پس از شکست عاطفی را کاهش می‌دهد (۱۸). این درمان با تأکید بر تمرکززداییِ توجه و تضعیف خود نظارتی منفی، نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری و بازگشت به تعادل هیجانی پس از روابط عاطفی ناکام ایفا می‌کند (۱۹). درمان فراشناختی همچنین با شناسایی و به چالش کشیدن الگوهای فکری غیر سازگار که موجب تعارض در روابط می‌شوند، به اصلاح باورهای رابطه‌ای و تقویت خود متمایزسازی کمک می‌کند. پرداختن به این فرآیندهای شناختیِ بنیادی، به بهبود ارتباطات، تنظیم هیجانی و ارتقای پویایی روابط بین‌فردی منجر می‌شود (۲۰). همچنین اثر درمان فراشناختی میتواند به علت کاهش در نشخوار فکری و باورهای فراشناختی مثبت و منفی باشد (۲۱). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که درمان فراشناختی و درمان فراتشخیصی، دشواری‌های

[1] Romantic breakup
[2] Emotion regulation
[3] Metacognitive therapy

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]

Uncorrected Proof

تنظیم هیجان را به‌طور معنی‌داری کاهش می‌دهند (۲۲). همچنین، شواهد حاکی از آن است که درمان فراشناختی در بهبود خودنظم‌جویی هیجانی دانشجویان مضطرب، افزایش تنظیم شناختی هیجان در زنان تجربه‌کردهٔ خیانت زناشویی و تسهیل فرایند سازگاری پس از شکست عاطفی در زوجین مؤثر است (۲۵-۲۳). از سویی، پژوهش‌های گذشته بیش از آن‌که به ابعاد هویتی و معناجویانهٔ شکست عاطفی بپردازند، بر تعدیل نشانه‌های هیجانی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای تمرکز داشته‌اند و از خلأ معنایی و دشواری‌های بازتعریف هویت پس از پایان رابطه غفلت کرده‌اند (۲۶). در این میان، معنادرمانی[4] با محور قرار دادن کشف یا بازسازی معنا و ارزش‌های شخصی، به فرد یاری می‌رساند تا روایت تازه‌ای از زندگی خود بسازد و اهداف جدیدی برای آینده تعریف کند؛ فرایندی که بازگشت تدریجی انسجام هویتی و افزایش تاب‌آوری روانشناختی را تسهیل می‌کند (۲۷). ماهیت معنامحور این رویکرد، به‌ویژه در میان دانشجویان جوان که در مرحلهٔ شکل‌گیری هویت قرار دارند، به‌عنوان مکمل درمان‌های هیجان‌محور عمل کرده و می‌تواند فرایند بهبود پس از شکست عاطفی را کامل سازد. این مداخله، فرصت بازسازی هویت پسارابطه‌ای و ارتقای انگیزش بلندمدت را فراهم می‌آورد (۲۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد معنادرمانی روشی کارآمد برای بهبود تنظیم هیجانی در زنان متأهل، کاهش نشانگان ضربهٔ عشق و نیز افزایش راهبردهای سازگار و کاهش راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دختر دارای تجربه‌ی شکست عاطفی است (۳۰-۲۹). همچنین، شواهد حاکی از آن است که این رویکرد منجر به بهبود کلی سلامت روان دانشجویان دختر تجربه‌کرده‌ی شکست عاطفی و تقویت تنظیم شناختی هیجان می‌شود (۳۲-۳۱).

شکست عاطفی ازجمله رویدادهای پرتنش زندگی است که ممکن است به آسیب در فرایندهای روانی، ایجاد آشفتگی هیجانی و افت کارکردهای شناختی- هیجانی در دختران بینجامد. فشارها و تنش‌های ناشی از این تجربه غالباً موجب افزایش پریشانی روانشناختی، کاهش تحمل ناکامی و بروز بدتنظیمی هیجان می‌شود. از یک‌سو، درمان فراشناختی با تأکید بر ترمیم الگوهای ناکارآمد شناختی و اصلاح باورهای فراشناختی، به دختران کمک می‌کند نگرشی واقع‌بینانه‌تر و سازنده‌تر نسبت به خود و تجربهٔ عاطفی گذشته پیدا کنند. از سویی دیگر، آموزش گروهی معنادرمانی نیز بدین دلیل موردتوجه قرارگرفته است که محور آن بر بازسازی معنا، کشف ارزش‌های شخصی و یافتن هدفی تازه در زندگی است. از منظر شناختی، دختران پس از شکست عاطفی به‌دلیل تجربه‌ی ازدست‌دادن، سردرگمی هویتی و احساس پوچی، دچار خلأ معنایی می‌شوند. اجرای معنادرمانی به آنان کمک می‌کند دریابند که زندگی واجد معانی متکثر است و افراد می‌توانند معنای جدیدی برای زیستن خود خلق کنند. بااین‌حال، مقایسهٔ اثربخشی درمان فراشناختی و معنادرمانی در این گروه ازنظر علمی کمتر موردتوجه قرارگرفته است؛ درحالی‌که بررسی مقایسه‌ای مداخلات مختلف، به‌منظور شناسایی درمان کارآمدتر، مؤثرتر و اقتصادی‌تر، به یکی از اولویت‌های پژوهشی در روان‌شناسی نوین تبدیل‌شده است. وجود برنامهٔ درمانی مناسب و مبتنی بر شواهد می‌تواند در ارتقای تنظیم هیجان و بهبود کیفیت زندگی دختران دارای تجربهٔ شکست عاطفی نقش بسزایی داشته باشد. بر این اساس، پژوهش حاضر باهدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان فراشناختی و معنادرمانی بر تنظیم هیجانی در دختران دانشجوی دارای تجربهٔ شکست عاطفی انجام شد.

## مواد و روش‌ها

### روش پژوهش

پژوهش حاضر ازنظر هدف، کاربردی و ازنظر ماهیت و روش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون– پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب بود که در یکی از مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد یا دکتری در سال تحصیلی ۱۴۰۳–۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بوده و در پاسخ به فراخوان پژوهشگر برای حضور در طرح درمان، اعلام آمادگی کرده بودند. روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد. در ابتدا ۲۰۰ نفر از دختران دارای تجربهٔ شکست عاطفی و واجد شرایط اولیه از طریق فراخوان و مصاحبهٔ مقدماتی انتخاب شدند. سپس، افرادی که در سیاههٔ نشانگان عشق راس[5] (۳۳)، نمره‌ای بیش از ۲۰ کسب کرده بودند، به‌عنوان نمونهٔ نهایی وارد پژوهش شدند. برای تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G Power استفاده گردید. با در نظر گرفتن در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و سطح قابل‌قبول توان آزمون برابر با ۰/۸۰ و اندازه اثر ۰/۵۰، ۱۵ نفر در هر گروه به‌دست آمد. با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، ۱۷ نفر در هر گروه و درمجموع ۵۱ نفر بر پایهٔ ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از دامنهٔ سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال، داشتن رابطه‌ی عاشقانه‌ای که حداقل سه ماه به طول انجامیده باشد، سپری شدن حداقل یک ماه و حداکثر سه ماه از پایان رابطه، کسب نمرهٔ حداقل ۲۰ در پرسشنامهٔ ضربهٔ عشق راس، نداشتن سابقهٔ سوءمصرف مواد، الکل یا داروهای روان‌گردان، ارائهٔ رضایت‌نامهٔ

[4] Logotherapy
[5] Rosse

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]

آگاهانه و کتبی برای شرکت در جلسات گروه‌درمانی تا پایان مطالعه. توضیحات لازم دربارهٔ اهداف پژوهش پیش از اخذ رضایت‌نامه به شرکت‌کنندگان ارائه شد. ملاک‌های خروج شامل موارد زیر بود: انصراف از ادامهٔ همکاری یا امتناع از تکمیل پرسشنامه‌ها، قرار داشتن در حین درمان‌های روانشناختی یا دارویی خاص، غیبت بیش از دو جلسه در فرایند درمان، نقص یا بی‌دقتی در تکمیل ابزارهای پژوهش برای انجام پژوهش، ابتدا کد اخلاق به شماره IR.IAU.TNB.REC.1404.048 از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب اخذ گردید. بعد از انجام هماهنگی و کسب مجوز، پرسشنامه نشانگان شکست عشق راس میان دانشجویان دختر مقاطع مختلف دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب (که جهت حل مشکل خود به فراخوان محقق جهت حضور در طرح درمان اعلام آمادگی کرده بودند) پخش گردید (۳۳). افرادی که در پرسشنامه نشانگان شکست عشق راس نمره بالای ۲۰ کسب کردند به‌عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند (۳۳). در مرحلهٔ بعد، پرسشنامه‌های مربوط به تحمل ناکامی میان دانشجویان منتخب توزیع شد. درمجموع، ۵۱ نفر از شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب‌شده و پس از اخذ رضایت‌نامهٔ آگاهانه، در فرایند اجرای پژوهش شرکت کردند. سپس افراد به‌صورت تصادفی در سه گروه شامل گروه آزمایش اول (درمان فراشناختی؛ ۱۷ نفر)، گروه آزمایش دوم (معنادرمانی؛ ۱۷ نفر) و گروه کنترل (۱۷ نفر) جایگزین شدند. در نخستین جلسه، روند کلی پژوهش شامل اهداف مطالعه، زمان‌بندی، فواید حضور در جلسات، نحوه‌ی اجرای طرح و چگونگی انصراف در صورت تمایل برای شرکت‌کنندگان تشریح شد. پس‌ازآن، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنان قرار گرفت و توضیحات لازم درباره‌ی نحوهٔ پاسخ‌گویی ارائه گردید. همچنین جهت رعایت اصول اخلاق پژوهش، فرم رضایت‌نامهٔ کتبی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد که در آن هدف کلی پژوهش و تضمین محرمانگی اطلاعات شخصی توضیح داده‌شده بود. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که هیچ‌گونه سوءاستفاده‌ی فردی یا افشای هویت در روند اجرا وجود نخواهد داشت. در ادامه، مداخله‌ها بر اساس طرح پژوهش اجرا شدند: گروه آزمایش اول در هشت جلسهٔ آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان فراشناختی قرار گرفت. گروه آزمایش دوم در هشت جلسه‌ی آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای مداخله‌ی معنادرمانی را دریافت کرد. هر دو مداخله به‌صورت گروهی و با حضور آزمودنی‌ها در محل دانشگاه اجرا شدند. در پایان هر جلسه، تکالیف خانگی مرتبط با محتوای جلسه به شرکت‌کنندگان ارائه گردید و در ابتدای جلسهٔ بعد، مرور و تمرین فنون جلسهٔ پیشین انجام شد. به‌منظور بررسی تداوم اثر مداخلات، دو ماه پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً از آزمودنی‌ها خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند (مرحله‌ی پیگیری). در طول این مدت، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. درنهایت، پس از بررسی پرسشنامه‌های تکمیل‌شده و حذف موارد ناقص ناشی از ریزش نمونه، داده‌های مربوط به ۴۸ نفر مورد تحلیل نهایی قرار گرفتند؛ شامل ۱۵ نفر در گروه کنترل، ۱۷ نفر در گروه درمان فراشناختی، و ۱۶ نفر در گروه معنادرمانی. داده‌های جمع‌آوری‌شده بر اساس آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی[6] با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تجزیه‌وتحلیل شدند. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد

## مداخله درمانی

درمان فراشناخت بر اساس پروتکل درمان ولز[7] استفاده شد (۳۴). این یک درمان ۸ جلسه‌ای است که به‌صورت هفتگی و به مدت ۶۰ دقیقه برگزار شد. شرح مختصری از درمان فراشناخت مورداستفاده در پژوهش در جدول ۱ ارائه‌شده است پروتکل معنادرمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۱ جلسه) از جلسات درمانی شولنبرگ[8] و همکاران اقتباس شد (۳۵). شرح مختصری از پروتکل معنادرمانی مورداستفاده در پژوهش در جدول ۲ ارائه‌شده است

**جدول ۱**- شرح جلسات درمان فراشناخت

| جلسات | محتوا |
|---|---|
| جلسهٔ اول | شامل معارفه، معرفی اضطراب، تفکیک اضطراب طبیعی و مشکل‌آفرین و مسئله‌ساز برای افراد، مشخص کردن نیاز و ضرورت به درمان در موقع لازم برای بیماران. بررسی علائم اضطراب، بررسی علل احتمالی مؤثر در سبب‌شناسی اضطراب، بیان تجربیات مختلف افراد از اضطراب. |
| جلسهٔ دوم | بررسی درمان‌های مختلف برای اضطراب، ارائهٔ توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی. تدوین فرمول‌بندی درمان و معرفی درمان فراشناختی |
| جلسهٔ سوم | باورهای مثبت و منفی فراشناختی و راهبردهای مهار فراشناختی در بیماران شناسایی و بررسی شد و مزایا و معایب این باورها و راهبردهای مهار فراشناختی مورداستفاده، مورد تحلیل قرارگرفته و درنهایت راهبردهای مهار فراشناختی سودمندتر جایگزین شدند. |
| جلسهٔ چهارم | آشناسازی بیماران با سندرم توجهی شناختی که نوعی سبک تفکر تکرارشونده به‌صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای سازش نایافته مانند سرکوب فکر، اجتناب، مصرف مواد می‌باشد و پیامدهای آن و همچنین نقش آن‌ها در تداوم اختلال‌های روانشناختی صورت گرفت. |
| جلسهٔ پنجم | تکنیک آموزش توجه، منطق تکنیک، ارزیابی اعتبار تکنیک، درجه‌بندی توجه معطوف به خود، رهنمودهای اساسی برای آموزش تکنیک توجه و دریافت بازخورد از افراد صورت گرفت. |
| جلسهٔ ششم | شامل کاربرد تکنیک‌های ذهن‌آگاهی گسلیده فاصله گرفتن از ذهن‌آگاهی در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی و همچنین هدف‌های ذهن‌آگاهی گسلیده، عناصر آن، مدل پردازش اطلاعات ذهن‌آگاهی گسلیده است. چهارتا از ده تکنیک ذهن‌آگاهی شامل هدایت فراشناختی، تکلیف تداعی آزاد، تکلیف تجسم پلنگ، آزمایش سرکوبی-عدم سرکوبی به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. |
| جلسهٔ هفتم | شامل آموزش سه تکنیک دیگر از ده تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده شامل: استعارهٔ ابرهای گذرا، استعارهٔ کودک متمرد، استعارهٔ قطار مسافری بوده است. سه تکنیک باقیماندهٔ حلقهٔ کلامی، گسستگی، مشاهده کردن خود و تکنیک خیال‌پردازی به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. |
| جلسهٔ هشتم | شامل آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به‌کارگیری روش‌ها و تکنیک‌ها، علت‌یابی و رفع آن و درنهایت نتیجه‌گیری بوده است. |

[6] Bonferroni
[7] Wells
[8] Schulenberg

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]

**جدول ۲**- شرح جلسات معنی‌درمانی

| جلسه | هدف | محتوا | تکالیف |
|---|---|---|---|
| اول | برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون | معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش‌آزمون | مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمان‌جویان |
| دوم | آشنایی اعضا با مفهوم خودپنداره | بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه توضیحاتی درباره خودپنداره ضعیف و بحث درباره اهداف درمان‌جویان و پیامدهای آن | مشخص کردن تأثیرات خودپنداره ضعیف در زندگی شخصی و اجتماعی خود توسط درمان‌جویان |
| سوم | آشنایی اعضا با مفهوم پریشانی روانشناختی | بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه توضیحاتی درباره نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی نشانه‌ها و پیامدهای آن و بررسی راهبردهای کنترلی ناکارآمد | مشخص کردن تأثیرات نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی در زندگی شخصی و اجتماعی خود توسط درمان‌جویان و مشخص کردن راهبردهای کنترلی و تأثیر آن‌ها در زندگی شخصی و اجتماعی |
| چهارم | آشنایی بیشتر با منابع معنا، شناسایی درک درمان‌جویان از مفاهیم مرگ، آزادی، تنهایی و مسئولیت | بررسی تکالیف جلسه قبل، ضعیف و بحث درباره اهداف درمان‌جویان، آموزش هدف‌گذاری به شیوه مثبت، قابل‌دسترس و معین | از اعضا خواسته می‌شود درباره کارهایی که تاکنون انجام داده‌اند و تأثیر مثبت بر زندگی آن‌ها داشته است سه مورد را بیان کنند. |
| پنجم | معرفی روابط سازنده و اثربخش، دوست داشتن زندگی و عوامل شادی‌بخش | بررسی تکالیف جلسه قبل، ضعیف و بحث درباره آن‌ها، تعریف روابط مثبت و سازنده و محاسن دوست داشتن دیگران و شناسایی عوامل شادی‌بخش در زندگی | درمان‌جویان بررسی می‌کنند که تاکنون چند تا دوست داشته‌اند و در حال حاضر چند تا دارند و نوشتن آن‌ها |
| ششم | آشنایی اعضا با مفهوم انتخاب، مسئولیت و آزادی در مقابل معناجویی در زندگی | آموزش مفاهیم انتخاب، مسئولیت و آزادی و ارتباط آن‌ها با یکدیگر، بحث درباره مشکلات جسمی درمان‌جویان نظیر بی‌خوابی و اضطراب | از درمان‌جو خواسته می‌شود که درباره این جمله فکر کند که هیچ موقعیت ناخوشایندی وجود ندارد که ما نتوانیم با تلاش آن را به موقعیت ارزشمندی تبدیل کنیم و نظر خود را در موردش بیان کند و دلایل خود را در جلسه بعد بیان کند. |
| هفتم | شناسایی ترس‌ها و ایجاد آگاهی از جایگاه و پیامدهای انتخاب، آزادی | بررسی تکالیف و آموزش و شناسایی ترس‌ها و ایجاد آگاهی از جایگاه و پیامدهای آزادی، انتخاب و مسئولیت و آشنایی اعضا با ناکامی وجودی، ناامیدی وجودی، روان‌نژندی اندیشه‌زاد و افسردگی | بررسی ترس‌ها و ناامیدی‌ها و ناکامی و تفکر به آن‌ها از جایگاه انتخاب و آزادی و مسئولیت و ارائه آن‌ها در جلسه بعد. |
| هشتم | بازخورد و جمع‌بندی و گرفتن پس‌آزمون | اعضا نظر خود را در مورد جلسات و نتایج آن بیان کنند و یک جمع‌بندی از کل مطالب انجام گیرد و پس‌آزمون برگزار شود. | |

شفای خاتم

## ابزار پژوهش

پرسشنامه ضربه عشق[9]: پرسشنامهٔ نشانگان شکست عاطفی که با عنوان پرسشنامهٔ ضربهٔ عشق راس نیز شناخته می‌شود، توسط راس (۳۳) برای سنجش شدت ضربهٔ عشق تدوین‌شده است. این ابزار از ده مادهٔ چهارگزینه‌ای تشکیل‌شده است و پاسخ‌دهنده بر اساس تجربهٔ شخصی خود از ضربهٔ عشقی، مناسب‌ترین گزینه را انتخاب می‌کند. در نمره‌گذاری پرسشنامه، گزینه‌های هر سؤال به‌ترتیب از ۳ تا صفر امتیاز می‌گیرند. تنها سؤال‌های شماره‌ی ۱ و ۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پس از امتیازدهی، جمع کل نمره‌ها به‌عنوان شاخص کلی شدت نشانگان ضربهٔ عشق در نظر گرفته می‌شود. این پرسشنامه ارزیابی جامعی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری فرد فراهم می‌سازد. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۳۰ است؛ نمرهٔ بالاتر بیانگر شدت بیشتر ضربهٔ عشق است. نقطهٔ برش پرسشنامه برابر با نمرهٔ ۲۰ می‌باشد. بنابراین، نمرهٔ ۲۰ تا ۳۰ نشان‌دهندهٔ تجربهٔ جدی و شدیدِ نشانگان ضربهٔ عشق است، نمرهٔ ۱۰ تا ۱۹ بیانگر وجود نشانگان در سطح متوسط و قابل‌تحمل‌تر است، نمرهٔ ۰ تا ۱۰ حاکی از آن است که نشانگان ضربهٔ عشق در سطح قابل‌کنترل و تهدیدناپذیر برای زندگی روزمره قرار دارد. راس در بررسی خود، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را برای این پرسشنامه گزارش کرده و روایی صوری و محتوایی آن را تأیید کرده است (۳۳). همچنین در پژوهش دهقانی (۳۶)، ضریب همسانی درونی ۰/۸۱ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۳ به‌دست‌آمده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برآورد گردید که نشانگر پایایی مطلوب ابزار است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[10] : مقیاس سبک‌های تنظیم هیجان توسط گرانفسکی، کریج و اسپینهون[11] در سال ۲۰۰۱ طراحی شد. پرسشنامه‌ای چندبعدی که یک ابزار خود گزارشی بوده و دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان میباشد (۳۷). مقیاس تنظیمات شناختی- هیجانی، دو حالت تنظیم شناختی مثبت: ۱- تمرکز مثبت مجدد/ برنامه‌ریزی (سؤالات ۲۲-۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۱۳)، ۲- ارزیابی مثبت/ دیدگاه وسیعتر (سؤالات ۲۷-۲۶-۲۵-۲۴-۲۳-۱۵) و تنظیم شناختی منفی: ۱- سرزنش خود (سؤالات ۱-۲-۴)، ۲- سرزنش دیگران (سؤالات ۳۴-۳۵-۳۶)، ۳- نشخوار فکری (سؤالات ۳-۹-۱۰-۱۱-۱۲)، ۴- فاجعه‌آمیز کردن (سؤالات ۲۹-۳۰-۳۱-۳۲) و ۵- پذیرش (سؤالات ۵-۶-۷-

[9] Love Trauma Inventory
[10] Cognitive Emotion Regulation Questionnaire(CERQ)
[11] Garnefski, Kraaij & Spinhoven

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]
Uncorrected Proof

۸) را ارزیابی میکند. در این پرسشنامه از فرد خواسته میشود تا واکنش خود را در مواجه با تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای استرسزای زندگی که به‌تازگی تجربه کرده است را به‌وسیله پاسخ به ۵ پرسش، که استراتژی کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی میکند، مشخص نماید. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت و به‌صورت؛ هرگز (۱)، به‌ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴)، همیشه (۵) است. گرانفسکی و همکاران (۳۷) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاسهای این پرسشنامه را در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ و روایی محتوایی را براساس ضرایب توافق کندال برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط حسنی اعتباریابی شده است که خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس موردمطالعه قرارگرفته و پایایی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۸۲) و روایی آن مطلوب گزارش‌شده است (۳۸) . همچنین در پژوهش نعمتی و همکاران، آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت تنظیم هیجان ۰/۸۰ و برای راهبردهای منفی تنظیم هیجان ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت تنظیم هیجان ۰/۸۲ و برای راهبردهای منفی تنظیم هیجان ۰/۸۴ به‌دست آمد (۳۹).

## یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۸ نفر از دانشجویان دختر در سه گروه آزمایش معنادرمانی (۱۷ نفر)، آزمایش فراشناخت (۱۶ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) با میانگین سنی به ترتیب ۲۵/۷۱±۴/۵۹ ، ۲۷/۰۶±۵/۵۱ و ۲۵/۵۳±۴/۰۲ در بازه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال شرکت کردند. همچنین بیشتر افراد در بازه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، مقطع کارشناسی بودند. برای بررسی همگن بودن گروه‌ها ازنظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیان‌شده از آزمون مجذور کای استفاده شد. با توجه به عدم معنی‌داری آماره به‌دست‌آمده نتیجه گرفته می‌شود که بین متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه‌ها تفاوتی وجود ندارد (P>۰/۰۵).

**جدول ۳**- میانگین، انحراف معیار و آماره شاپیرو- ویک متغیر تنظیم هیجان

| متغیر | گروه | مرحله | میانگین | انحراف معیار | آماره شاپیرو- ویلک | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| تنظیم شناختی منفی هیجان | کنترل | پیش‌آزمون | ۷۲/۸۷ | ۶/۸۷ | ۰/۹۷ | ۰/۸۶۹ |
| | | پس‌آزمون | ۷۱/۴۷ | ۶/۶۲ | ۰/۹۷ | ۰/۹۰۹ |
| | | پیگیری | ۷۲/۲۰ | ۶/۹۰ | ۰/۹۸ | ۰/۹۸۳ |
| | معنی‌درمانی | پیش‌آزمون | ۷۲/۵۹ | ۹/۰۵ | ۰/۹۱ | ۰/۰۹۲ |
| | | پس‌آزمون | ۶۰/۴۵ | ۱۰/۲۴ | ۰/۹۸ | ۰/۹۸۰ |
| | | پیگیری | ۶۴/۴۷ | ۸/۲۵ | ۰/۹۵ | ۰/۴۸۰ |
| | درمان فراشناخت | پیش‌آزمون | ۶۹/۱۹ | ۸/۵۴ | ۰/۹۲ | ۰/۱۳۹ |
| | | پس‌آزمون | ۵۳/۰۶ | ۱۰/۴۹ | ۰/۹۵ | ۰/۴۹۲ |
| | | پیگیری | ۵۷/۳۱ | ۹/۷۶ | ۰/۹۵ | ۰/۴۵۳ |
| تنظیم شناختی مثبت هیجان | کنترل | پیش‌آزمون | ۳۸/۷۳ | ۶/۰۱ | ۰/۹۱ | ۰/۱۴۳ |
| | | پس‌آزمون | ۴۰/۳۳ | ۶/۱۸ | ۰/۹۱ | ۰/۱۵۶ |
| | | پیگیری | ۳۹/۴۷ | ۵/۸۳ | ۰/۹۲ | ۰/۱۷۳ |
| | معنی‌درمانی | پیش‌آزمون | ۴۱/۳۵ | ۸/۱۳ | ۰/۸۹ | ۰/۰۶۲ |
| | | پس‌آزمون | ۴۷/۷۶ | ۷/۴۴ | ۰/۹۰ | ۰/۰۸۱ |
| | | پیگیری | ۴۵/۷۱ | ۷/۶۳ | ۰/۹۳ | ۰/۲۰۰ |
| | درمان فراشناخت | پیش‌آزمون | ۴۲/۰۶ | ۶/۳۰ | ۰/۸۹ | ۰/۰۷۳ |
| | | پس‌آزمون | ۵۶/۰۶ | ۵/۰۳ | ۰/۹۶ | ۰/۷۱۹ |
| | | پیگیری | ۵۲/۳۱ | ۵/۰۱ | ۰/۹۶ | ۰/۶۱۹ |

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]

در جدول ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات تنظیم هیجانی به تفکیک برای افراد گروه کنترل و گروه‌های آزمایش و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شد. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در گروه کنترل میانگین نمرات در پیش‌آزمون نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های آزمایش، شاهد کاهش نمرات تنظیم شناختی منفی هیجان و افزایش نمرات تنظیم شناختی مثبت هیجان در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون هستیم. البته معنی‌داری این تفاوت‌ها نیاز به تحلیل آماری استنباطی دارد که در ادامه موردبررسی قرار می‌گیرد. همچنین آماره شاپیرو-ویلک گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تنظیم هیجانی معنی‌دار نیست. بنابراین توزیع متغیر تنظیم هیجانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری طبیعی است ($P>0/05$) به‌منظور مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و معنادرمانی بر تنظیم هیجان در دختران دانشجو باتجربه شکست عاطفی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج مربوط به اجرای این آزمون‌ها به همراه پیش‌فرض‌های آن در ادامه ارائه‌شده است. با توجه به نتایج آزمون شاپیرو-ویلک متغیرهای پژوهش طبیعی می‌باشند ($P>0/05$). آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس بین گروه‌ها اجرا و نتایج نشان داد آزمون لوین معنی‌دار نمی‌باشد. ازاین‌رو فرض صفر مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد. برای بررسی فرض همگنی واریانس کوواریانس از آزمون کرویت استفاده گردید؛ با توجه به نتایج آزمون موخلی، فرض کرویت برای متغیر تنظیم شناختی منفی هیجان را رد نکرد (۰/۹۱=آماره موچلی، P=۰/۱۳۷). چون آزمون موخلی در ارتباط با متغیر تنظیم شناختی منفی هیجان معنی‌دار نشده است، باید از سطح معنی‌داری کرویت برای آزمون فرضیه استفاده کرد. همچنین نتایج آزمون موخلی فرض کرویت متغیر تنظیم شناختی مثبت هیجان را رد کرد (۰/۶۵=آماره موچلی، P=۰/۰۰۱). بنابراین چون آزمون موخلی معنی‌دار شده است، لذا در ارتباط با متغیر تنظیم شناختی مثبت هیجان باید از سطح معنی‌داری آزمون گرین هاوس گیزر برای آزمون فرضیه استفاده کرد. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس تکرار مکرر ارائه‌شده است.

در جدول ۴، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون‌گروهی (مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و بین‌گروهی (درمان فراشناخت و معنادرمانی) بر مؤلفه‌های تنظیم هیجان ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در متغیر تنظیم شناختی منفی هیجان اثر مراحل زمان‌بندی شده (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنی‌دار است ($P<0/001$). این یافته نشان می‌دهد که هر دو مداخله توانسته‌اند سطح تنظیم هیجان منفی را در شرکت‌کنندگان به‌طور قابل توجهی کاهش دهند. مقدار اندازه اثر تعامل زمان* گروه ۰/۴۹۶ نشان‌دهنده قدرت زیاد این تغییرات است؛ به‌طوری‌که حدود ۴۹/۶ درصد از تغییرات در تنظیم شناختی منفی هیجان ناشی از اعمال مداخله درمانی بوده است. این موضوع نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی در کاهش هیجان‌های منفی و

**جدول ۴**- نتایج آزمون تحلیل واریانس تکرار مکرر برای بررسی اثرات بین گروهی و درون‌گروهی در متغیر تنظیم هیجان

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجهٔ آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| تنظیم شناختی منفی هیجان | گروه | ۳۵۲۷/۵۷ | ۲ | ۱۷۶۳/۷۹ | ۸/۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۷۱ |
| | مراحله مداخله | ۱۹۷۳/۸۶ | ۲ | ۹۸۶/۹۳ | ۱۲۷/۳۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۲۵ |
| | اثر تعامل مراحل * گروه | ۸۲۳/۴۳ | ۴ | ۲۰۵/۸۶ | ۲۶/۵۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۹۶ |
| تنظیم شناختی مثبت هیجان | گروه | ۲۶۲۶/۸۹ | ۲ | ۱۳۱۳/۴۵ | ۱۱/۰۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳۰ |
| | مراحله مداخله | ۱۲۵۵/۱۸ | ۱/۴۸ | ۹۴۸/۰۹ | ۱۴۳/۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱۷ |
| | اثر تعامل مراحل * گروه | ۶۴۵/۶۴ | ۲/۹۵ | ۲۱۸/۸۶ | ۳۶/۹۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۰۹ |

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]

ناکارآمد افراد دارای شکست عاطفی اثربخش بوده‌اند.

همچنین نتایج نشان داد که در متغیر تنظیم شناختی مثبت هیجان نیز بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد(P<۰/۰۰۱). این یافته بیانگر آن است که مداخله‌ها موجب افزایش معنی‌دار راهبردهای تنظیم هیجان مثبت در شرکت‌کنندگان شده‌اند. اندازه اثر تعامل زمان* گروه ۰/۶۰۹ نیز نشان می‌دهد که این تغییرات از قدرت بسیار بالایی برخوردار بوده و حدود ۶۰/۹ درصد از تغییرات در تنظیم هیجان مثبت، تحت تأثیر مداخلات درمانی قرار گرفته است. در جدول ۵ نتایج آزمون بونفرونی برای بررسی مقایسه درمان‌ها بر متغیر تنظیم هیجان گزارش گردیده است.

برای بررسی دقیق‌تر تفاوت میان مراحل سه گانهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج این مقایسه‌ها در جدول ۵ ارائه شده‌اند. نتایج آزمون تعقیبی به روش بونفرونی نشان داد که میانگین نمرات متغیر تنظیم شناختی منفی هیجان پس از درمان نسبت به پیش آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافته است. که حاکی از اثربخشی مداخله در کاهش تنظیم شناختی منفی هیجان است (P<۰/۰۵). همچنین، مقایسه مرحله پیگیری با پس آزمون نشان داد که تغییر جزئی ولی غیر معنی‌داری در تنظیم شناختی منفی هیجان رخ داده است که نشان از پایداری درمان است. نتایج آزمون تعقیبی به روش بونفرونی نشان

**جدول ۵**- نتایج آزمون بونفرونی جهت تعیین اختلاف بین میزان اثربخشی درمان فراشناخت و معنی‌درمانی بر تنظیم هیجان در دختران دانشجو باتجربه شکست عاطفی.

| متغیرها | مراحل | | اختلاف میانگین | انحراف معیار | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|
| تنظیم شناختی منفی هیجان | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۹/۸۲* | ۰/۶۵ | ۰/۰۰۱ |
| | | پیگیری | ۶/۸۹* | ۰/۵۲ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | -۲/۹۳* | ۰/۵۳ | ۰/۰۶۴ |
| تنظیم شناختی مثبت هیجان | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | -۷/۳۴* | ۰/۵۲ | ۰/۰۰۱ |
| | | پیگیری | -۵/۱۱* | ۰/۴۵ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | ۲/۲۳ | ۰/۲۸ | ۰/۰۸۲ |

داد که میانگین نمرات متغیر تنظیم شناختی مثبت هیجان پس از درمان نسبت به پیش‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش یافته است. که حاکی از اثربخشی مداخله در کاهش تنظیم شناختی منفی هیجان است (P<۰/۰۵). همچنین، مقایسه مرحله پیگیری با پس آزمون نشان داد که تغییر جزئی ولی غیرمعنی‌داری در تنظیم شناختی مثبت هیجان رخ داده است که نشان از پایداری درمان است. این یافته بیانگر آن است که تغییرات ایجادشده در اثر درمان اعم از کاهش تنظیم شناختی منفی و افزایش تنظیم شناختی مثبت در طول زمان حفظ شده و اثرات درمان‌ها پایدار باقی مانده‌اند. به‌طور کلی، نتایج نشان داد که هر دو رویکرد معنادرمانی و درمان فراشناخت در بهبود مؤلفه‌های تنظیم هیجان اثرگذار بوده‌اند؛ با این تفاوت که درمان فراشناخت نسبت به معنادرمانی اثر قوی‌تری بر بهبود تنظیم هیجان دختران دارای تجربه شکست عاطفی داشته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و معنادرمانی بر تنظیم هیجان در دختران دانشجو باتجربه شکست عاطفی انجام شد. یافته این پژوهش نشان داد که هر دو درمان فراشناخت و معنادرمانی بر تنظیم هیجان نقش مؤثری دارند. همچنین، بین درمان فراشناخت و معنادرمانی بر تنظیم هیجان در دختران دانشجو باتجربه شکست عاطفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و درمان فراشناختی اثربخشی بیشتری بر تنظیم هیجان نشان داد. در این راستا، شرافتی و همکاران در پژوهش خود اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش دشواری در تنظیم هیجانی را در بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند. رافضی و همکاران نیز اثربخشی درمان فراشناختی گروهی را در افزایش خودنظم‌جویی هیجانی و تحمل دانشجویان مضطرب بیان نمودند (۲۳، ۲۲). دیدنی و همکاران نشان دادند که درمان مثبت نگر و معنادرمانی گزینه مناسبی برای بهبود تنظیم هیجانی در زنان متأهل می‌باشند (۲۹). آقاجانی و همکاران به این نتیجه رسیدند که معنی درمانی موجب کاهش نشانگان ضربه عشق، کاهش راهبردهای ناسازگار و افزایش راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عاطفی می‌شود (۳۰). همچنین، نیکوگفتار و همکاران به اثربخشی معنادرمانی بر حالات شخصیتی، ضربه عشق و دوسوگرایی به جنس مقابل در دانشجویان دختر با شکست عاطفی اشاره نمود (۳۱). کریمایی و همکاران نشان دادند که درمان فراشناختی بر تعهد زناشویی و تنظیم شناختی هیجان زنان متأثر از خیانت همسر تأثیر معنی‌داری دارد (۲۴). یافته پژوهش برنامه و همکاران نشان داد که معنادرمانی، تنظیم شناختی هیجانی را تقویت می‌کند و گورلیک و همکاران نیز به اثربخشی رویکرد فراشناخت در بهبود

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]

Uncorrected Proof

تاب‌آوری و شکست عاطفی زوجین اشاره کردند (۳۲، ۲۵).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، فردی که تحت آموزش معنادرمانی قرار می‌گیرد، به درک عمیق‌تری از خودِ واقعی و جهان پیرامون دست می‌یابد، جایگاه خویش را در زندگی بازمی‌شناسد و در جهت دستیابی به اهداف والاتر گام برمی‌دارد. این روش، به‌عنوان مداخله‌ای مبتنی بر روانشناسی مثبت، با تمرکز بر ابعاد سازنده‌ی تجربهٔ انسانی و نقاط قوت فردی، به بهبود درک فرد از معنا و ارزش زندگی منجر می‌شود. درنتیجه، فردِ درمان‌جو هنگام مواجهه با موقعیت‌های ناخوشایند و هیجان‌های منفی، آرامش درونی خود را حفظ کرده، بر ابعاد مثبت تجربه تمرکز می‌کند و توانایی خود را در درک و مدیریت هیجان‌های شخصی و بین‌فردی افزایش می‌دهد؛ امری که به بروز رفتارهای سازگارانه و اتخاذ راهبردهای مؤثر در تنظیم هیجان می‌انجامد (۴۰). زمانی که فرد زندگی را هدیه‌ای هدفمند و ارزشمند درک کند، نگرش او نسبت به خویشتن و جهان تغییر می‌کند. ازاین‌رو، اگر دختران دارای تجربه‌ی شکست عاطفی بتوانند معنا و هدف زندگی خود را از طریق آموزش معنادرمانی بازشناسی و درونی‌سازی کنند، قادر خواهند بود بر آشفتگی‌های عاطفی حاصل از این وضعیت غلبه نمایند و آن را فرصتی برای رشد و بازسازی شخصی تلقی کنند. بدین‌ترتیب، با پذیرش هیجان‌های تجربه‌شده، واکنش‌های هیجانی آرام‌تر و خردمندانه‌تری نشان خواهند داد و توانایی بیشتری برای مدیریت هیجان و کنترل اضطراب خواهند یافت (۳۲). از سوی دیگر، درمان فراشناختی افراد را قادر می‌سازد تا از طریق اصلاح باورهای ناکارآمد و مدیریت سبک‌های تفکر، با چالش‌های زندگی سازگارتر شوند و راهبردهای تنظیم هیجان مؤثرتری را برای مواجهه با مشکلات به‌کار گیرند (۴۲، ۴۱). این درمان با طراحی و به‌کارگیری تمرین‌هایی در راستای کنترل و اصلاح فرآیندهای فکری، موجب ارتقای تنظیم شناختی و هیجانی و تقویت راهبردهای سازگارانه در میان دختران آسیب‌دیده از شکست عاطفی می‌شود. در جریان این درمان، مراجعان می‌آموزند افکار و احساسات منفی خود را شناسایی کنند، از مقاومت یا اجتناب در برابر آن‌ها بپرهیزند و به‌جای سرکوب، از رویکرد پذیرش و بازسازی سازنده استفاده نمایند. چنین فرایندی سبب می‌شود تا مؤثرترین راهبردها برای مدیریت هیجان‌های منفی و کاهش پریشانی روانشناختی به‌کار گرفته شود (۳۴). بهبود مهارت‌های مدیریت تفکر و هیجان، افراد را در رویارویی با موقعیت‌های فشارزا توانمند می‌سازد و باعث پرورش امید و تاب‌آوری بیشتر می‌شود. آموزش تکنیک‌هایی همچون تفکر مثبت، ذهن‌آگاهی و مدیریت استرس می‌تواند به پیشگیری از اضطراب‌های غیرضروری و ارتقای سازگاری هیجانی کمک کند (۲۴). برتری نسبی درمان فراشناختی نسبت به معنادرمانی را می‌توان در تمرکز مستقیم آن بر اصلاح باورهای نادرست و خطاهای شناختی جست‌وجو کرد. بر اساس این دیدگاه، مشکلات تنظیم هیجان ناشی از وجود باورهای ناکارآمد و سندروم شناختی- توجهی است که موجب تداوم هیجان‌های منفی و افکار خودآزارانه می‌شود. درمان فراشناختی با شناسایی و بازسازی باورهای مثبت و منفی درباره‌ی تفکر، به تضعیف سندروم شناختی- توجهی و درنتیجه کاهش پاسخ‌های هیجانی ناسازگار می‌انجامد (۴۳). در این درمان، مجموعه‌ای از فنون همچون تمرکززدایی از سندروم شناختی– توجهی، اصلاح باورهای فراشناختی، بازسازی رابطه‌ی فرد با افکار و احساسات درونی، ذهن‌آگاهی گسسته و به‌تأخیر انداختن نگرانی‌ها، در خدمت مهار فعال‌سازی هیجانی ناشی از فرآیندهای فکری ناسازگار به‌کار می‌روند (۴۴). درمجموع، هدف نهایی درمان فراشناختی، کاهش تحریف‌های شناختی است که به‌عنوان سبک تفکر سمی شناخته می‌شوند و موجب تداوم اختلالات روانی از طریق راهبردهایی مانند نگرانی، نشخوار فکری و نظارت مستمر بر تهدید می‌گردند. یکی از سازوکارهای اساسی این رویکرد، افزایش خودآگاهی نسبت به افکار و اصلاح شیوه‌های پردازش اطلاعات است؛ به‌گونه‌ای که با تضعیف سازوکارهای فکری ناسازگار، زمینهٔ استفادهٔ مؤثر از راهبردهای تنظیم هیجان و پردازش سازندهٔ هیجان‌ها فراهم می‌شود. درنتیجه، درمان فراشناختی با به چالش کشیدن باورهای منفی درباره‌ی کنترل‌ناپذیری افکار و تسهیل سبک پردازش انعطاف‌پذیرتر، می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در بهبود تنظیم هیجانی دختران دارای تجربهٔ شکست عاطفی ایفا کند.

به‌طورکلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی در مقایسه با معنادرمانی بر بهبود تنظیم هیجانی در دختران دانشجوی دارای تجربه‌ی شکست عاطفی اثربخشی بیشتری دارد. به نظر می‌رسد ارتقای تنظیم هیجان از طریق مداخلات فراشناختی می‌تواند راهبردی مؤثر برای بهبود وضعیت هیجانی و بازسازی سازگاری عاطفی این گروه از دانشجویان باشد. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: نخست، جامعه‌ی آماری تنها شامل دختران دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب بود؛ ازاین‌رو، در تعمیم نتایج به سایر شهرها و گروه‌های سنی یا فرهنگی باید احتیاط لازم به‌عمل آید. دوم، عدم کنترل برخی متغیرهای زمینه‌ای همچون خشونت خانگی، تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی و تفاوت‌های فرهنگی محیطی، می‌تواند در تبیین نتایج نقش داشته باشد؛ ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده این متغیرها را موردتوجه قرار دهند تا امکان مقایسهٔ دقیق‌تر با یافته‌های حاضر فراهم گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، جلسات درمانی

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]

به دو صورت فردی و گروهی برگزار شود تا هر دو فرد درگیر در رابطهٔ عاطفی، در صورت امکان، در فضایی حمایتی و امن احساسات و تجربیات خود را به اشتراک بگذارند. علاوه بر این، در طول جلسات درمانی، درمانگر می‌تواند با ارائهٔ راهبردهای تنظیم هیجان همچون حل مسئله، ابراز هیجان و بازسازی شناختی، روند درمان را تسهیل نماید. همچنین، برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای درمانگران و مشاوران باهدف ارتقای مهارت‌های کاربردی در اجرای مؤثر درمان‌های فراشناختی و معنامحور پیشنهاد می‌شود.

## تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه مسئولین و دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می‌آید

## منابع

1. Arnett JJ. Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties: Oxford University Press; 2023.

2. Shen T, Weaver SE, Britner PA. From Family of Origin to Romantic Relationships: A Cross-Cultural Exploration of Associations. Emerging Adulthood. 2025: 21676968251337655.

3. Moschella-Smith EA, Potter SJ, Jamison T, Harley M, Fine S, Chaudhry AS. Attitudes toward unhealthy relationship behaviors and boundary-setting: variation among high school students. Journal of interpersonal violence. 2025; 40(5-6): 1173-98.

4. Jamshidian Naeini Y, Sheykholeslami A, Ghamari H, Rezaei Sharif A. identify the effective factors in the love Trauma of female students: A qualitative research. The Women and Families Cultural-Educational. 2024; 19(67): 189-210.

5. Zeng P, Jin W, Shi Y, Hu W, Geng Y, Zhan T. Struggling or liberating? The effects of Machiavellianism on break-up distress. International journal of environmental research and public health. 2022; 19(21): 14581.

6. Vaillancourt M, Lane V, Ditto B, Da Costa D. Parity and psychosocial risk factors increase the risk of depression during pregnancy among recent immigrant women in Canada. Journal of Immigrant and Minority Health. 2022; 24(3): 570-9.

7. Sanchez-Sanchez H, Schoeps K, Montoya-Castilla I. Emotion Regulation Strategies and Psychological Well-Being in Emerging Adulthood: Mediating Role of Optimism and Self-Esteem in a University Student Sample. Behavioral Sciences. 2025; 15(7): 929.

8. Aghili SM, Shariatnia M. Evaluating the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Psychological Distress, Emotion Regulation, and Neuroticism in Female Teachers with Gastroesophageal Reflux Disease. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2025; 13(4): 50-60.

9. Petrova K, Gross JJ. The future of emotion regulation research: Broadening our field of view. Affective Science. 2023; 4(4): 609-16.

10. Zijah V, Mehdizadeh Khalaj K, Lafzi Kalehkhaneh S, Smkhani Akbarinejhad H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Regulation and Intensity of Pain in Girls with Premenstrual Dysphoric Syndrome. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2024; 12(3): 45-54.

11. Tran K, Castiglioni L, Walper S, Lux U. Resolving relationship dissolution—What predicts emotional adjustment after breakup? Family Process. 2024; 63(3): 1157-70.

12. Ariana Kia E, Rahimi C, Mohammadi N. Comparing online group therapy based on emotional schema therapy with transdiagnostic therapy in improving distress tolerance and cognitive emotion regulation among university students with adjustment disorders due to romantic break-ups. Counselling and Psychotherapy Research. 2024; 24(1): 372-83.

13. Whittington DD, Mullinax H. An examination of college students' unwanted pursuit of ex-romantic partners: relations to parental warmth and difficulties in emotion regulation. European Journal of Developmental Psychology. 2024; 21(1): 1-19.

14. Roshany Golanbar M, Smkhani Akbarinejhad H. The Efficacy of Compassion-Focused Therapy on Emotional Regulation and Psychological Health in Obese Women. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2024; 12(2): 21-30.

15. Dixon MR, Hayes SC, Belisle J. Acceptance and commitment therapy for behavior analysts: A practice guide from theory to treatment: Routledge; 2023.

16. Farber BA, Roe D, Dickstein S, Lierle M, Cherner R, Garbowit L. "After the thrill is gone": The role of psychotherapy in coping with romantic breakups. Psychotherapy. 2024.

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]

Uncorrected Proof

17. Capobianco L, Nordahl H. A brief history of metacognitive therapy: From cognitive science to clinical practice. Cognitive and Behavioral Practice. 2023; 30(1): 45-54.

18. Levent K. Chapter Iv Metacognitions In Couple Relationships. Clinical Psychology Research.39.

19. MacBeth A, Dimaggio G. Metacognitive Interpersonal Therapy. ICD-11 Personality Disorders: Assessment and Treatment: Oxford University Press; 2025. p. 426-44.

20. Moritz S, Klein JP, Lysaker PH, Mehl S. Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments. Dialogues in clinical neuroscience. 2019; 21(3): 309-17.

21. Dargahian R, Mohammadkhani S, Hasani J. The efficacy of metacognitive therapy on depression symptoms reduction, cognitive attentional syndrome components and maladaptive coping styles in patients with major depression. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2014; 2(3): 45-52.

22. Sherafati H, Taheri E, Amiri M. Comparing the effectiveness of metacognitive therapy and Barlow transdiagnostic treatment on cognitive emotion regulation in patients with generalized anxiety disorder. Fundamentals of Mental Health. 2023; 25(2): 79-83.

23. Rafezi Z, Pirabasi G, Eskandari H. Efficasy of group metacognitive therapy on emotional self-regulation and ego strength of anxious students [Research]. Journal of Psychological Science. 2021; 20(108): 2239-54.

24. Karimaee M, Aleyasin SA, Heidari H, Davoudi H. The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Psychological Capital, Marital Commitment, and Cognitive Emotion Regulation in Women Affected by Spousal Infidelity. International Journal of Education and Cognitive Sciences. 2025; 6(2): 1-10.

25. Gorelik M, Szepsenwol O, Doron G. Promoting couples' resilience to relationship obsessive compulsive disorder (ROCD) symptoms using a CBT-based mobile application: A randomized controlled trial. Heliyon. 2023; 9(11).

26. Uzun K, Arslan G. Meaning in life across life stages: Pathways from uncertainty to subjective well-being. Applied Research in Quality of Life. 2025: 1-24.

27. Jackenkroll J. The Effect of a Meaning-Centered Intervention on Perceived Meaning in Life, Eating Disorder Symptoms and Clinical Perfectionism in Young Women 2023.

28. Breiner P. The role of meaning in life in psychotherapy process and outcome A theory-building case study.

29. Didani R, Tabrizi M, MardaniRad M, Karami A. Compare effectiveness positive therapy and logo therapy on women's emotional regulation. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2020; 63(5): 2977-85.

30. Aghajani M, Akbari B, Khalatbari J, Sadighi A. Effectiveness of group logo therapy on symptoms of love trauma and emotion cognitive regulation of the girls suffering from emotional failure. Armaghane danesh. 2018; 23(4): 428-44.

31. Nikoogoftar M, Sangani A, Ahmadi A, Ramak N. Effectiveness of logo-therapy in the hutzel method on personality state, love trauma and attitudes to the opposite sex in female students with emotional breakdown experience. Clinical Psychology Studies. 2018; 8(30): 103-16.

32. Barnameh N, Bagheri N, Tanha Z. Comparison of the effectiveness of assertiveness training and logotherapy on cognitive emotional regulation and psychological well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. AFTJ. 2024.

33. Rosse RB. The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken heart: Balance; 2007.

34. Wells A. Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2008; 36(6): 651-8.

35. Schulenberg SE, Schnetzer LW, Winters MR, Hutzell RR. Meaning-centered couples therapy: Logotherapy and intimate relationships. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2010; 40(2): 95-102.

36. Dehghani M, Atef-Vahid M-K, Gharaee B. Efficacy of short–term anxiety-regulating psychotherapy on love trauma syndrome. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2011; 5(2): 18.

37. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual differences. 2001; 30(8): 1311-27.

38. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. 2011.

39. Neamati M, Asbaghi B, Smkhani Akbarinejhad

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]

Uncorrected Proof

H. Comparison of the Effectiveness of Compassion-focused Therapy with Short-term Solution-focused Therapy on Cognitive Emotion Regulation and High-risk Behaviors in male Students with Self-injurious Behaviors. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2024; 12(4): 56-66.

40. Mihandoust S, Radfar M, Soleymani M. Effectiveness of Group Logotherapy on Meaning in Life in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial. Journal of Advances in Medical and Biomedical Research. 2021; 29(132): 54-62.

41. Wells A, Reeves D, Capobianco L, Heal C, Davies L, Heagerty A, et al. Improving the effectiveness of psychological interventions for depression and anxiety in cardiac rehabilitation: PATHWAY—a single-blind, parallel, randomized, controlled trial of group metacognitive therapy. Circulation. 2021; 144(1): 23-33.

42. Wells A, Reeves D, Heal C, Fisher P, Davies L, Heagerty A, et al. Establishing the feasibility of group metacognitive therapy for anxiety and depression in cardiac rehabilitation: a single-blind randomized pilot study. Frontiers in psychiatry. 2020; 11: 582.

43. Rosenbaum D, Thomas M, Hilsendegen P, Metzger FG, Haeussinger FB, Nuerk H-C, et al. Stress-related dysfunction of the right inferior frontal cortex in high ruminators: an fNIRS study. NeuroImage: Clinical. 2018; 18: 510-7.

44. Rajabi M, Malihi Al-Zackerini S, Asadi J, Mirzaei MR. The Effectiveness of Moritz-Based Metacognitive Training on Fasting Blood Sugar Levels and Difficulty of Regulating Emotion in Patients with Type 2 Diabetes. Sadra Medical Journal. 2021; 9(3): 311-24.

Uncorrected Proof

[ Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28 ]