



The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Resilience and Rumination in 20- to 25-Year-Old Girls with Emotional Failure Syndrome

Samira Akhavan Arjomand¹ , Mohammad Ghasemi Pirbalouti^{2*} , Fariba Kiani³

1. Department of Psychology, ShK.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. Email: samira.akhavanarjmand@iau.ac.ir

2. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, ShK.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. Email: Mgh@iau.ac.ir

3. Department of Psychology, Bor.C., Islamic Azad University, Borujen, Iran. Email: fariba.kiani64@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 29 Aug 2025
Revised: 06 Oct 2025
Accepted: 01 Nov 2025
First Published: 12 Jul 2026

Keywords:
Emotional Failure Syndrome, Emotion Focused Therapy, Resilience, Rumination

ABSTRACT

The present study was conducted to investigate the effectiveness of emotion focused therapy on resilience and rumination in 20- to 25-year-old girls with emotional failure syndrome. The current study was a experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the present study consisted of 20- to 25-year-old girls with emotional failure syndrome who referred to counseling centers in Isfahan in winter the 2024. In this research, 34 girl with emotional failure syndrome were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (17 girl in the experimental group and 17 girl in the control group). The girls in the experimental group received the emotion focused therapy during eight weeks in eight 90-minute sessions. Love Trauma Questionnaire (LTQ), Resilience Questionnaire (RQ) and Rumination Questionnaire (RQ) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software. The results showed that emotion focused therapy has significant effect on the resilience ($F=38.60$; $Eta=0.55$; $P<0.0001$) and rumination ($F=27.04$; $Eta=0.46$; $P<0.0001$) in girls with emotional failure syndrome. According to the findings of the present study it can be concluded that emotion focused therapy can be used as an efficient method to incease resilience and deceace rumination of girls with emotional failure syndrome through applying the Conceptualizing emotional awareness and introducing the methods of achieving it, creating emotional change and creating confrontational self-soothing excitement.

Cite this article: Akhavan Arjomand, S., Ghasemi Pirbalouti, M., & Kiani, F. (2026). The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Resilience and Rumination in 20- to 25-Year-Old Girls with Emotional Failure Syndrome. *Journal of Applied Psychological Research*, (In press/ Accepted). Doi: 10.22059/japr.2026.401507.645335



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.401507.645335>

© The Author(s).

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و نشخوار فکری دختران ۲۰ تا ۲۵ سال با نشانگان شکست عاطفی

سمیرا اخوان ارجمند^۱، محمد قاسمی پیربلوطی^{۲*}، فریبا کیانی^۳

۱. گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. رایانامه: samira.akhavanarjmand@iaui.ac.ir

۲. نویسنده مسئول، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. رایانامه: Mgh@iaui.ac.ir

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بروجن، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجن، ایران. رایانامه: fariba.kiani64@iaui.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۰۷

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۷/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۰

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۰۴/۲۱

کلیدواژه‌ها:

تاب‌آوری،

درمان هیجان‌مدار،

نشخوار فکری،

نشانگان شکست عاطفی.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و نشخوار فکری دختران ۲۰ تا ۲۵ سال با نشانگان شکست عاطفی انجام شد. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دختران ۲۰ تا ۲۵ سال با نشانگان شکست عاطفی شهر اصفهان بود که در فصل زمستان سال ۱۴۰۳ به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه نموده بودند. در این پژوهش تعداد ۳۴ دختر با نشانگان شکست عاطفی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و شاهد جایگزین شدند (۱۷ دختر در گروه آزمایش و ۱۷ دختر در گروه شاهد). دختران حاضر در گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار را طی هشت هفته در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه ضربه عشق (LTQ)، پرسشنامه تاب‌آوری (RQ) و پرسشنامه نشخوار فکری (RQ) استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری ($F=38/60$; $Eta=0/55$; $P<0/001$) و نشخوار فکری ($F=27/04$; $Eta=0/46$; $P<0/001$) دختران ۲۰ تا ۲۵ سال با نشانگان شکست عاطفی تأثیر معنادار دارد. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار با استفاده از مفهوم‌سازی آگاهی هیجانی و معرفی روش‌های دستیابی به آن، ایجاد تغییر هیجانی و ایجاد هیجان خودتسکینی مقابله‌ای می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری دختران با نشانگان شکست عاطفی مورد استفاده قرار گیرد.

استناد: فرزانه‌فرد، م.، عریضی سامانی، ح.ر.، طالبی، غ. (۱۴۰۵). ارائه مدل ساختاری نشانه‌های شخصیت مرزی بر اساس قدرتمندی ایگو با میانجی‌گری پردازش اطلاعات هیجانی در دانش‌آموزان. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، (انتشار آنلاین/ پذیرش شده). doi: 10.22059/japr.2026.401507.645335

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

© نویسنده‌گان.

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.401507.645335>



۱. مقدمه

ایجاد پیوندهای عاطفی پایدار و پرمعنا، از جمله توانایی‌های بنیادین انسان در عرصه روابط اجتماعی به شمار می‌رود. دلبستگی والد به فرزند، وابستگی کودک به پدر و مادر، ارتباطات عاشقانه در دوره نوجوانی و جوانی، رفاقت‌های صمیمی و سایر شکل‌های پیوندهای انسانی، برای سلامت روان و تندرستی جسمانی ضروری محسوب می‌شوند. در مرحله نوجوانی و جوانی، روابط با شرکای عاطفی به تدریج جایگاه برجسته‌ای پیدا می‌کند (رحیمی و همکاران، ۱۴۰۱). نوجوانان در بازه سنی ۱۲ تا ۱۸ سالگی به تدریج به مسائل عاطفی و عشقی علاقه‌مند شده و در فرآیند اجتماعی‌پذیری، به سمت گروه‌های مختلط جنسیتی گرایش پیدا می‌کنند. روابط عاشقانه در میانه نوجوانی (۱۷-۱۵ سال) غالباً کوتاه‌مدت و غیرپایدار است و در قالب معاشرت‌های تصادفی همراه با شوخی‌ها و رفاقت‌های آمیخته با کشش جنسی نمود می‌یابد. در اواخر نوجوانی (۲۰-۱۸ سال)، تمرکز نوجوانان معطوف به رشد توانایی عشق‌ورزی و شکل‌دهی به روابط عاطفی عمیق همراه با سازگاری متقابل می‌شود. با ورود به دوره جوانی، افراد تمایل پیدا می‌کنند تا روابط عاشقانه خود را تثبیت کرده و در قالب پیوندی دائم مانند ازدواج سازماندهی کنند (اکبری و همکاران، ۱۴۰۰). جوانان از طریق این روابط، امکان کشف و شناسایی تمایلات و هیجان‌های مرتبط با گرایش جنسی خود را پیدا کرده، شیوه‌های بروز رفتارهای جنسی را می‌آموزند و چگونگی تعامل با همسالان و مدیریت هیجانات ویژه این دوره را تجربه می‌کنند (کشاورز و همکاران، ۱۴۰۰). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که شکست و انفصال در چنین روابطی می‌تواند یکی از دردناک‌ترین تجربه‌های هیجانی باشد که یک فرد جوان پشت سر می‌گذارد. شکست عاطفی^۱ شامل مجموعه‌ای از نشانه‌های شدید است که متعاقب جدایی ناگهانی از یک رابطه عاشقانه ظاهر می‌شود (ارتضایی و همکاران، ۱۴۰۱). این شکست، نوعی احساس ناامیدی و تحقیر شدید است که پس از قطع رابطه با فرد موردعلاقه و طرد شدن از سوی او ایجاد می‌شود. در پی چنین گسستی، فرد دچار غم و انزوا شده و نشانگان مربوط به شکست عاطفی در او پدیدار می‌گردد (نوروزی و کجاف، ۱۴۰۱). این نشانگان، علائم شدیدی هستند که پس از فروپاشی یک رابطه رمانتیک بروز کرده و عملکرد فرد در حیطه‌های تحصیلی، اجتماعی و شغلی را دچار اختلال می‌کنند. مطابق راهنمای تشخیصی اختلالات روانی، می‌توان شکست عاطفی را نوعی اختلال اضطرابی مرتبط با تروما در نظر گرفت؛ چرا که از یک سو پس از یک رویداد دردناک رخ می‌دهد و از سوی دیگر، علائم هیجانی، جسمانی و اضطرابی مشابه اختلال استرس پس از سانحه^۲ ایجاد می‌کند (دستمردی و همکاران، ۱۴۰۲). شکست عاطفی در سطح تجربی با طیف وسیعی از نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی از قبیل اضطراب^۳، افسردگی^۴، آسیب‌پذیری روانی^۵، احساس تنهایی^۶، تضعیف سیستم ایمنی^۷ و درماندگی^۸ همراه است (کشاورز و همکاران، ۱۴۰۰). بر این مبنا، یکی از متغیرهایی که قادر است تحمل روانی و ظرفیت مقابله‌ای جوانان در مواجهه با شکست عاطفی را بهبود بخشد و منابع درونی آنان را تقویت کند، تاب‌آوری^۹ است (اکبری و همکاران، ۱۴۰۰). مطابق با یافته‌های پژوهش لانگسوی و همکاران^{۱۰} (۲۰۲۳) و فرناندز و همکاران^{۱۱} (۲۰۲۲) تاب‌آوری می‌تواند به افزایش توان روانی افراد در برابر فشارهای ناشی از رویدادهای ناگوار منجر شود. تاب‌آوری به عنوان فرآیندی پویا تعریف می‌شود که سازگاری مثبت با تجربیات دردناک و شرایط دشوار زندگی

1. emotional failure

2. Post-traumatic stress disorder

3. anxiety

4. depression

5. psychological vulnerability

6. feelings of loneliness

7. weakened immune system

8. helplessness

9. resilience

10. Longcoy et al.

11. Fernández et al.

را امکان‌پذیر می‌سازد (کای و همکاران^۱، ۲۰۲۴). این مفهوم، تنها به معنای مقاومت غیرفعال در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدآمیز نیست، بلکه فرد تاب‌آور به صورت فعال و سازنده در محیط اطراف خود مشارکت می‌کند (لانگسوی و همکاران، ۲۰۲۳). به عنوان یک فرآیند روانشناختی پویا، تاب‌آوری پاسخ‌های افراد را در موقعیت‌های مختلف زندگی، به ویژه در شرایط بحرانی، تحت تأثیر قرار داده و با مدیریت احساسات، عواطف و هیجانات، زمینه را برای عملکرد مطلوب‌تر آنان فراهم می‌آورد (علیزاده نوحی و همکاران، ۱۴۰۴). این مکانیسم، سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط نامساعد را در افراد ارتقا می‌دهد (یوزان و همکاران^۲، ۲۰۲۳). پژوهش یانگ و همکاران^۳ (۲۰۲۲) نشان داد که تاب‌آوری از طریق به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر- از جمله راهبردهای فعال، جستجوی حمایت اجتماعی، خوددلگرم‌سازی و تفکر مثبت- تقویت شده و در مقابل، راهبردهای ناسازگارانه مانند پاسخ‌های افسرده‌وار، روش‌های منفعلانه و اجتنابی در حل مسئله را کاهش می‌دهد.

با توجه به اهمیت تاب‌آوری به عنوان یکی از متغیرهای تأثیرگذار در ارتقای سلامت روان نوجوانان و جوانان، باید به الگوهای شناختی ناسازگار از جمله نشخوار فکری^۴ نیز توجه شود که در پایداری و تشدید پریشانی‌های هیجانی مرتبط با شکست عاشقانه نقش دارد. بر اساس مطالعات انجام‌شده (پیمبری و همکاران، ۱۴۰۰)، افرادی که طعم شکست در رابطه عاطفی را چشیده‌اند، معمولاً در چرخه‌ای از تفکرات تکراری و متمرکز بر دلایل ناکامی غرق می‌شوند که به پدیده درهم‌آمیختگی شناختی و نشخوار فکری منجر می‌گردد. نشخوار فکری، طبق تعریف، شامل افکار وسواسی و بازگشت‌پذیری است که حول محور یک موضوع خاص (غالباً با بار منفی) در گردش بوده و به شکل ناخواسته به میدان آگاهی فرد راه یافته و تمرکز وی را از اولویت‌ها و اهداف اصلی منحرف می‌سازد (چن و همکاران^۵، ۲۰۲۳). این نوع تفکر، که به صورت حلقه‌ای بی‌پایان تکرار می‌شود، در نهایت احساس یأس نسبت به آینده و خودارزیابی‌های مخرب را به همراه می‌آورد (موری و تاننو^۶، ۲۰۱۵). از دیدگاه چن و همکاران (۲۰۲۳)، نشخوار فکری مصداقی از افکار منفی تکراری است و به عنوان یک فرایند فراشناختی در نظر گرفته می‌شود که در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی دیده می‌شود (پاینده و همکاران، ۱۴۰۴). این سازه قادر به پیش‌بینی سطوح علائم اضطراب و افسردگی بوده و همچنین با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، کیفیت نازل خواب، بی‌نظمی در خواب و نیز رفتارهای آسیب‌رسان به خود در ارتباط است. به طور کلی، افکار منفی تکراری سهم عمده‌ای در آغاز و تداوم اختلالات حوزه خلق و اضطراب ایفا می‌کنند (لیو و همکاران^۷، ۲۰۱۸).

با توجه به آسیب‌پذیری هیجانی و روانی جوانان دارای تجربه شکست عاطفی، بکارگیری روش‌های درمانی و آموزشی برای آنان بسیار حائز اهمیت است. یکی از درمان‌های مؤثر درمان هیجان‌مدار^۸ است. انتخاب درمان هیجان‌مدار بر پایه انطباق نظری عمیق بین ماهیت شکست عاطفی به عنوان یک آسیب هیجانی-دلبستگی و اهداف اصلی این درمان صورت گرفت. از آنجا که شکست عاطفی هیجان‌های اولیه سازش‌نایافته مانند غم، ترس و شرم را فعال می‌کند و منجر به چرخه‌های معیوب نشخوار فکری و کاهش تاب‌آوری می‌شود (کشاورز و همکاران، ۱۴۰۰)، درمان هیجان‌مدار با تمرکز مستقیم بر پردازش، تنظیم و تبدیل این هیجان‌ها، مسیر درمانی بهینه‌ای را ارائه می‌دهد. این رویکرد بر خلاف درمان‌های صرفاً شناختی، مستقیماً به خاستگاه هیجانی نشخوار فکری پرداخته و همزمان با ترمیم زخم‌های دلبستگی، پایه‌های تاب‌آوری را از طریق افزایش ظرفیت تنظیم هیجان تقویت می‌کند. بنابراین این درمان نه تنها برای کاهش نشانگان بلکه برای ایجاد تغییر پایدار در سازمان هیجانی افراد، تئوری

1. Cui et al.
2. Uzun et al.
3. Yang et al.
4. Rumination
5. Chen et al.
6. Mori & Tanno
7. Liu et al.
8. Emotion-focused therapy

محکم و مناسبی ارائه می‌کند (لسچ و همکاران^۱، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش هنربخش و همکاران (۱۴۰۰)، مبشر و همکاران (۱۴۰۰)، مستاجران و همکاران (۱۴۰۰)، بهوندی و همکاران (۱۴۰۱)، دانش‌پور (۱۴۰۱)، غلامی و همکاران (۱۴۰۱)، ولج و همکاران^۲ (۲۰۱۹)، واتسون و شربانی^۳ (۲۰۲۱)؛ کوکارو و همکاران^۴ (۲۰۲۲)، واروار و گرینبرگ^۵ (۲۰۲۳)؛ گرینمان و همکاران^۶ (۲۰۲۴) و المیدا و همکاران^۷ (۲۰۲۵) نشانگر کارایی درمان هیجان‌مدار است. درمان هیجان‌مدار بر دو تکنیک اصلی کاستن از چرخه رفتاری ناسازگار به وسیله تشخیص چرخه‌های منفی شکل دهنده به رفتار و عمق دادن به تجربه‌های هیجانی به ویژه ترس دلبستگی استوار است (لسچ و همکاران، ۲۰۱۸). در درمان هیجان‌مدار بررسی عوامل اساسی پردازش طرحواره‌های هیجانی از قبیل عوامل شناختی رفتاری و هیجانی به عنوان هدف درمانی قرار می‌گیرد. این درمان، بیماران را تشویق به مشاهده و توصیف هیجان‌اتشان در یک محیط غیرقضاتی می‌کند و بیشتر بر شناخت و تجربیات بین فردی تاکید دارد (گرینمان و همکاران، ۲۰۲۴). درمان هیجان‌مدار به عنوان پاسخی به فقدان مداخلات روشن و معتبر و به ویژه مداخلات انسانی‌تر و کمتر رفتاری، فرمول‌بندی شده است. این رویکرد از این رو درمان هیجان‌مدار نامیده شده است که توجه ما را به اهمیت بارز هیجان و ارتباطات هیجانی در سازمان‌دهی الگوهای تعاملی و تجارب مشخص کلیدی در روابط نزدیک جلب می‌کند. این رویکرد به جای ساده‌انگاری هیجان، بر آن به عنوان عامل نیرومند تغییر تاکید می‌ورزد (واروار و گرینبرگ، ۲۰۲۳). درمانگران حوزه درمان هیجان‌مدار معتقدند که انسان‌ها عمیقاً به وسیله تجربیات هیجانی شکل می‌گیرند و سازمان می‌یابند و هیجان نیروی خلاق و سازمان دهنده در زندگی افراد است. تعدادی از روان‌درمانی‌ها به افراد کمک می‌کنند جلوی هیجان‌های خود را بگیرند و آنها را کنترل کنند، انگار که می‌خواهند با دشمن مبارزه کنند، در حالی که درمان هیجان‌مدار برای هیجان‌ها به عنوان کارکرد برجسته و تقویت‌کننده رشد انسان‌ها ارزش قایل است. در واقع این اواخر درمان فرآیندی تجربی نام ساده‌تر درمان هیجان‌مدار را کسب کرده است (واتسون و شربانی، ۲۰۲۱).

در خصوص ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت با توجه به شیوع گسترده و همه‌گیر پدیده شکست عاطفی در میان قشر جوان جامعه که به عنوان یک بحران روانی-اجتماعی عمیق تلقی می‌شود، و با در نظر گرفتن تبعات و پیامدهای ناگوار ناشی از این پدیده که می‌تواند طیف وسیعی از واکنش‌های آسیب‌زا و مخرب را در ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی به همراه داشته باشد - از جمله اختلالات خلقی جدی مانند افسردگی عمیق و اضطراب فلج‌کننده، کاهش محسوس عملکرد تحصیلی و شغلی، گرایش به مصرف مواد مخدر و الکل، انزوا و گوشه‌گیری اجتماعی شدید، و حتی رفتارهای خودآسیب‌رسان و تمایلات خودکشی (ارتضایی و همکاران، ۱۴۰۱؛ نوروزی و کجیاف، ۱۴۰۱؛ دستمردی و همکاران، ۱۴۰۲) و همچنین با توجه به این واقعیت نگران‌کننده که این آسیب‌های چندبعدی در بلندمدت نه تنها سلامت روانی فرد را به مخاطره می‌اندازد، بلکه به عنوان یک تهدید جدی برای سرمایه انسانی و اجتماعی جامعه محسوب می‌شود (کشاورز و همکاران، ۱۴۰۰)، پژوهش حاضر با هدف عمیق و کاربردی بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار به عنوان یک رویکرد نوین و جامع روان‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری روانشناختی و کاهش قابل توجه نشخوار فکری در میان دختران جوان ۲۰ تا ۲۵ ساله دارای نشانگان بالینی شکست عاطفی طراحی و برنامه‌ریزی شده است. با توجه به شیوع قابل توجه پدیده شکست عاطفی در بین دختران جوان و پیامدهای شدید روان‌شناختی آن از جمله نشخوار فکری مداوم و کاهش تاب‌آوری که کیفیت زندگی، عملکرد تحصیلی-شغلی و توانایی شکل‌دهی روابط آینده آنان را به مخاطره می‌اندازد، و از سوی دیگر با عنایت به کمبود پژوهش‌های مداخله‌ای که به طور خاص به پردازش هیجانی این

1. Lesch et al.
2. Welch et al.
3. Watson & Sharbanee
4. Cocco et al.
5. Warwar & Greenberg
6. Greenman et al.
7. Almeida et al.

بحران بپردازند، انجام این پژوهش ضروری می‌نماید. این مطالعه ارزشمند که با در نظرگیری خلأ پژوهشی موجود در این حوزه تخصصی و با استناد به شواهد پژوهشی متعدد و معتبر دال بر اثربخشی قابل توجه درمان هیجان‌مدار در حل و فصل مشکلات پیچیده هیجانی-شناختی انجام می‌پذیرد، به آزمون دو فرضیه اصلی و بنیادین می‌پردازد:

۱. درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری دختران ۲۰ تا ۲۵ سال با نشانگان شکست عاطفی اثر معنادار دارد.
۲. درمان هیجان‌مدار بر نشخوار فکری دختران ۲۰ تا ۲۵ سال با نشانگان شکست عاطفی اثر معنادار دارد.

۲. روش

۱-۲. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف کاربردی و با بهره‌گیری از روش نیمه‌آزمایشی همراه با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد و دوره پیگیری دوماهه انجام شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه دختران ۲۰ تا ۲۵ ساله دارای نشانگان شکست عاطفی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در فصل زمستان سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و با مراجعه به ۱۰ مرکز مشاوره، افراد واجد شرایط شناسایی و پرسشنامه ضربه عشق برای آنان اجرا گردید. از میان افرادی که نمره بالاتر از نقطه برش ۱۵ در این پرسشنامه کسب کردند، ۴۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزین شدند (هر گروه به شکل مساوی ۲۰ نفر). با استفاده از نرم‌افزار G*Power و با در نظر گرفتن سطح خطای ۰/۰۵، توان آماری ۰/۹۵ و اندازه اثر ۰/۹۹، حجم نمونه هر گروه ۲۰ نفر تعیین شد. پروتکل مداخله درمان هیجان‌مدار به مدت ۸ هفته (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) برای گروه آزمایش اجرا شد، در حالی که گروه شاهد در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. در طول فرآیند پژوهش، ۶ نفر (۳ نفر از هر گروه) از ادامه همکاری انصراف دادند و در نهایت ۳۴ نفر (۱۷ نفر در هر گروه) تا پایان پژوهش باقی ماندند. ملاک‌های ورود شامل کسب نمره بالاتر از ۱۵ در پرسشنامه ضربه عشق، داشتن محدوده سنی ۲۰-۲۵ سال، رضایت آگاهانه برای مشارکت، نداشتن اختلال شخصیت همزمان، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی دیگر و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در ۶ ماه گذشته بود و ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری در انجام تکالیف، عدم تمایل به ادامه مشارکت، وقوع حوادث پیش‌بینی نشده و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در مراحل مختلف پژوهش بود.

۲-۲. ابزارهای سنجش

۱-۲-۲. پرسشنامه ضربه عشق (LTQ)^۱: پرسشنامه ضربه عشق که با عنوان پرسشنامه نشانگان شکست عاطفی نیز شناخته می‌شود، توسط [راس^۲ \(۱۹۹۹\)](#) به منظور سنجش شدت آسیب‌های ناشی از شکست عاطفی طراحی شد. این ابزار پژوهشی متشکل از ده ماده چهارگزینه‌ای است که شرکت‌کنندگان با توجه به تجربیات عاطفی خود مناسب‌ترین گزینه را انتخاب می‌کنند. این پرسشنامه ارزیابی جامعی از آشفتگی‌های جسمانی، هیجانی، شناختی و رفتاری مرتبط با ضربه عشقی و عاطفی ارائه می‌دهد. دامنه نمره‌گذاری این ابزار از صفر تا ۳۰ متغیر بوده و نمره بالاتر از ۱۵ نشان‌دهنده وجود نشانگان شکست عاطفی در فرد است. [راس \(۱۹۹۹\)](#) در مطالعه اولیه خود ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۱ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۹ را به فاصله یک هفته گزارش نمود. [اکبری و همکاران \(۱۳۹۱\)](#) نیز در مطالعه خود روایی سازه این پرسشنامه را ۰/۸۸ و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد که حاکی از قابلیت اعتماد مناسب ابزار در جامعه مورد مطالعه است.

1. Love Trauma Questionnaire

2. Rosse, R. B

۲-۲-۲. پرسشنامه تاب‌آوری (RQ): پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۲ (۲۰۰۳) طراحی شد، شامل ۲۵ گویه است که بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از «همیشه نادرست» (نمره ۰) تا «همیشه درست» (نمره ۴) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر تاب‌آوری است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) در مطالعه استانداردسازی خود ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۷ را به فاصله چهار هفته گزارش نمودند. همچنین جهت بررسی روایی همزمان، همبستگی مثبت معناداری با پرسشنامه سرسختی کوباسا^۳ و همبستگی منفی معناداری با مقیاس استرس ادراک شده^۴ و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان^۵ مشاهده شد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در مطالعه یوسفیان و همکاران (۱۳۹۸) روایی سازه این پرسشنامه ۰/۸۸ و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه گردید. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد مناسب ابزار در جامعه مورد مطالعه است.

۳-۲-۲. پرسشنامه نشخوار فکری (RQ): پرسشنامه نشخوار فکری که توسط نولن‌هوکسما و مارو^۷ (۱۹۹۱) طراحی شد، شامل ۲۲ گویه است که بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای از هرگز (نمره ۱) تا همیشه (نمره ۴) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر نشخوار فکری است. نولن‌هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۷ و روایی محتوایی آن را ۰/۸۹ گزارش نمودند. در مطالعه باقری‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) پایایی این پرسشنامه ۰/۸۸ و میزان روایی محتوایی آن مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد مناسب ابزار در جامعه مورد مطالعه است.

۲-۳. روند اجرای پژوهش

با هدف اجرای پژوهش، ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی منتخب انجام و مجوزهای اخلاقی و اجرایی مربوطه اخذ گردید. سپس با شناسایی جوانان واجد شرایط دارای نشانگان شکست عاطفی و اخذ رضایت نامه آگاهانه کتبی از آنان، نمونه‌ای متشکل از ۴۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزینی شدند. در مرحله بعد، پرسشنامه‌های پژوهش در قالب پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید. گروه آزمایش به مدت هشت هفته متوالی (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) تحت مداخله درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند، در حالی که گروه شاهد در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پروتکل درمانی مورد استفاده در این پژوهش، پروتکل واتسون و شربانی (۲۰۲۱) بود که توسط جباری و عقیلی (۱۴۰۲) برای جمعیت نوجوانان دختر بومی‌سازی و اعتباریابی شده بود. نتایج بررسی جباری و عقیلی (۱۴۰۲) بیانگر آن بود که این پروتکل درمانی در جامعه نوجوانان دختر ایرانی از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. پس از اتمام جلسات درمانی، مرحله پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و به منظور بررسی ماندگاری اثرات مداخله، پس از دوره دو ماهه، مرحله پیگیری نیز انجام پذیرفت. در طول فرآیند پژوهش، ۶ نفر (۳ نفر از هر گروه) به دلایل مختلف از ادامه مشارکت انصراف دادند و در نهایت داده‌های ۳۴ نفر (۱۷ نفر در هر گروه) مورد تحلیل قرار گرفت.

1. Resilience Questionnaire
2. Connor & Davidson
3. Kubasa Hardiness Questionnaire
4. Perceived Stress Scale
5. Sheehan Stress Vulnerability Scale
6. Rumination Questionnaire
7. Nolen-Hoeksema & Morrow

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار (واتسون و شربانی، ۲۰۲۱؛ به نقل از جباری و عقیلی، ۱۴۰۲)

جلسات	اهداف	شرح جلسه	تکالیف
اول	برقراری ارتباط درمانی ایمن، معرفی چارچوب درمان و آموزش اصول پایه آگاهی هیجانی	جلسه اول درمان هیجان‌مدار با هدف برقراری ارتباط درمانی ایمن و معرفی چارچوب کلی مداخله آغاز شد که در آن درمانگر پس از معرفی خود و بیان اهداف کلی درمان، به ایجاد فضایی غیرقضاوتی و مبتنی بر اعتماد متقابل پرداخت و با به کارگیری تکنیک‌های بازتاب هیجانی و گوش دادن فعال، زمینه مشارکت معنادار اعضا را فراهم نمود. در ادامه، اعضای گروه به صورت داوطلبانه خود و تجارب هیجانی کلی خویش را معرفی کردند و قوانین جلسات شامل محرمانگی، رعایت احترام، الزام به مشارکت و پایبندی به زمان‌بندی تشریح شد. سپس اصول پایه‌ای درمان هیجان‌مدار شامل توجه به هیجانات به عنوان منبع اطلاعاتی ارزشمند، پذیرش بدون قضاوت هیجانات، تبدیل هیجانات آسیب‌زا به فرصت‌های رشد و تبیین نقش هیجانات در روابط بین‌فردی به صورت تعاملی ارائه گردید و درمانگر با استفاده از مثال‌های عینی، نحوه شناسایی، نام‌گذاری و تنظیم هیجانات را آموزش داد. در پایان، تکلیف خانگی «ثبت هیجانات روزانه با تأکید بر خودآگاهی هیجانی» تعیین و زمان جلسه بعدی هماهنگ شد.	ثبت هیجانات روزانه با تأکید بر خودآگاهی هیجانی
دوم	آموزش طبقه‌بندی هیجانات (اولیه سازگاران/ناسازگاران، ثانویه و ابزاری) و تمرین شناسایی و تمایز آن‌ها	جلسه دوم درمان هیجان‌مدار به معرفی و تشریح جامع هیجانات و انواع آن اختصاص یافت که در آن درمانگر با ارائه توضیحات نظری، هیجانات را به چهار دسته اصلی طبقه‌بندی نمود: هیجانات اولیه سازگاران (مانند خشم سالم و غم طبیعی که پاسخ‌های انطباقی به موقعیت‌های واقعی محسوب می‌شوند)، هیجانات اولیه ناسازگاران (نظیر ترس‌های غیرمنطقی و خشم افراطی که بازمانده تجارب گذشته هستند)، هیجانات ثانویه (پاسخ‌های هیجانی که برای پوشش هیجانات اولیه شکل می‌گیرند مانند خشم به عنوان پوششی برای احساس شرمندگی) و هیجانات ابزاری (هیجانات ابراز شده برای دستیابی به اهداف خاص بین‌فردی). سپس با اجرای یک تمرین گروهی تعاملی، از هر یک از آزمودنی‌ها خواسته شد تا آخرین هیجان تجربه شده خود را توصیف کرده و با راهنمایی درمانگر و مشارکت گروه، به شناسایی و طبقه‌بندی نوع هیجان پرداخته و دلایل احتمالی شکل‌گیری و کارکرد آن را مورد تحلیل قرار دهند. این فرآیند با بازخورد درمانگر در مورد چگونگی تمایز بین هیجانات سازگار و ناسازگار و تأکید بر اهمیت شناسایی دقیق هیجانات در تنظیم هیجانی به پایان رسید.	مشاهده و ثبت هیجانات روزانه همراه با طبقه‌بندی نوع آن‌ها
سوم	تعمیق آگاهی هیجانی از طریق تمرکز بر حس‌های فیزیکی و آموزش نمادسازی تجربی هیجانات	جلسه سوم درمان هیجان‌مدار به مفهوم‌سازی آگاهی هیجانی و معرفی روش‌های دستیابی به آن اختصاص یافت. در این جلسه درمانگر با تشریح فرآیند آگاهی هیجانی، بر اهمیت توجه به تجربه بدنی بلاواسطه و دریافت معنای احساس شده تأکید نمود. شرکت‌کنندگان آموزش دیدند که چگونه با تمرکز بر حس‌های فیزیکی مرتبط با هیجانات (مانند افزایش ضربان قلب، تنش عضلانی) و تفسیر معنای این احساسات، به شناخت عمیق‌تری از حالت‌های هیجانی خود دست یابند. همچنین روش نمادسازی تجربی از طریق بیان کلامی، نوشتاری یا هنری هیجانات به عنوان ابزاری برای پردازش و یکپارچه‌سازی تجارب هیجانی آموزش داده شد. در بخش عملی جلسه، شرکت‌کنندگان با هدایت درمانگر به تمرین شناسایی و بیان خواسته‌های هیجانی خود پرداختند. تکلیف خانگی (و نمادسازی) شامل پر کردن جدول آگاهی هیجانی برای دو هیجان تجربه شده در روز بود که در آن شرکت‌کنندگان می‌بایست تجربه بدنی، معنای احساس شده و نمادسازی هر هیجان را ثبت نمایند. این تمرین با هدف تقویت خودآگاهی هیجانی و افزایش مهارت‌های تنظیم هیجانی طراحی گردید.	پر کردن جدول آگاهی هیجانی (ثبت تجربه بدنی، معنای احساس شده و نمادسازی)
چهارم	بررسی و پردازش هیجان اضطراب با استفاده از تکنیک دوپارگی (صندلی خالی) برای کاهش فاجعه‌سازی	جلسه چهارم درمان هیجان‌مدار به بررسی عمیق اضطراب و تأثیرات چندبعدی آن بر تجربیات هیجانی اختصاص یافت. در این جلسه درمانگر با ارائه تحلیل مفهومی، اضطراب را به عنوان پاسخی طبیعی که در صورت تشدید می‌تواند کارکردهای سازگاران را مختل نماید معرفی کرد و بر نشانگرهای کلیدی آن شامل فاجعه‌سازی (پیش‌بینی فاجعه‌آمیز نتایج) و ترس از آینده تصویرسازی شده (ترس از رویدادهای منفی) تأکید نمود. در بخش عملی جلسه، از تکنیک دوپارگی با استفاده از روش صندلی‌های خالی بهره‌گیری شد که طی آن آزمودنی‌های داوطلب به صورت نمادین با جنبه‌های مختلف اضطراب خود (از جمله جنبه‌های هشداردهنده و جنبه‌های محافظتی) گفت‌وگو کردند. این تمرین به شرکت‌کنندگان امکان داد تا درکی همه‌جانبه از تعارضات درونی مرتبط با اضطراب کسب کرده و به بازسازی رابطه خود با این هیجان بپردازند. تکلیف خانگی شامل گوش دادن به فایل صوتی ضبط‌شده توسط درمانگر و انجام تمرینات خود-هدایت شده برای شناسایی الگوهای فاجعه‌سازی و جایگزینی آن‌ها با	گوش دادن به فایل صوتی آموزشی و انجام تمرینات خود-هدایت شده برای جایگزینی افکار فاجعه‌ساز با

ارزیابی های واقع بینانه بود. این پروتکل با هدف افزایش تاب آوری در مواجهه با محرک های اضطرابزا و تقویت ارزیابی های مهارت های خودتنظیمی طراحی گردید.	واقع بینانه
پنجم	جلسه پنجم درمان هیجان مدار با تمرکز بر فرآیند ایجاد تغییر هیجانی و با هدف شناسایی و پردازش دردهای هیجانی زیربنایی برگزار شد. در این جلسه درمانگر با به کارگیری تکنیک های تجربی، شرکت کنندگان را به آگاهی از دردهای هیجانی عمیق تر (مانند احساس طردشدگی، شرم یا بی کفایتی) که هیجانی و شناسایی و پردازش دردهای هیجانی زیربنایی (مانند طردشدگی و شرم) و نام گذاری دقیق آن ها پایین تر از هیجانات سطحی قرار دارند هدایت نمود. شرکت کنندگان آموزش دیدند که چگونه با استفاده از تمرینات توجه آگاهانه، به این دردهای هیجانی پاسخ دهند و از طریق نام گذاری دقیق (مانند «این حس تنهایی ناشی از طردشدگی است»)، به فرآیند یکپارچه سازی هیجانی دست یابند. در بخش عملی، درمانگر با بهره گیری از تکنیک های مبتنی بر تجربه ی بدنی، به شرکت کنندگان کمک کرد تا ارتباط بین حس های فیزیکی و دردهای هیجانی را شناسایی کنند. تکلیف خانگی شامل شناسایی یک درد هیجانی خاص در طول هفته، پاسخگویی به آن به صورت نوشتن نامه هیجانی یا بیان کلامی، و نام گذاری دقیق آن با استفاده از واژگان هیجانی غنی شده بود. این تمرین با هدف تقویت خودشفقتی و افزایش ظرفیت پردازش هیجانات دشوار طراحی گردید.
ششم	جلسه ششم درمان هیجان مدار به ادامه فرآیند تبدیل هیجانی با محوریت آموزش شفقت به خود و مواجهه سازنده با صدای خود نقاد درونی اختصاص یافت. در این جلسه درمانگر با معرفی مفهوم «خود نگران شونده درونی» به عنوان بخشی که با انتقاد و قضاوت از فرد محافظت می کند، شرکت کنندگان را به آگاهی از حضور و تأثیر این صدا بر تجربیات هیجانی هدایت نمود. با به کارگیری فن تخصصی کار با صدای، شرکت کنندگان به صورت نمادین با بخش نگران شونده درون خود گفت و گو کرده و نیازهای زیربنایی آن (مانند نیاز به امنیت، پذیرش یا کمال گرایی) را شناسایی کردند. در بخش تجربی جلسه، هر شرکت کننده در یک تجربه هیجانی ساختار یافته، فرصت یافت تا ابتدا صدای خود نقاد را به دقت شنیده و سپس با رویکردی شفقت آمیز و غیرقضوتی با آن ارتباط برقرار نماید. درمانگر با مدل سازی نحوه پاسخگویی همدلانه به این صدا، تکنیک هایی از جمله بازسازی شناختی، پذیرش خود و جایگزینی گفت و گوی درونی انتقادی با گفتمان خودشفقتی را آموزش داد. تکلیف خانگی شامل ثبت روزانه موقعیت های فعال سازی خود نقاد و پاسخ دهی به آن صورت نوشتن دیالوگ های خودشفقتانه بود. این پروتکل با هدف تضعیف چرخه انتقاد درونی و تقویت صدای خودشفقتی طراحی گردید.
هفتم	جلسه هفتم درمان هیجان مدار به موضوع تبدیل هیجانی از طریق خودتسکینی مقابله ای و تسکین فیزیولوژیکی اختصاص یافت. در این جلسه درمانگر با تأکید بر ارتباط ذهن بدن، تکنیک هایی برای تنظیم سیستم عصبی و کاهش برانگیختگی هیجانی آموزش داد. ابتدا بر تسکین فیزیولوژیکی از طریق تمرین تنفس دیافراگمی عمیق و آرام سازی پیشرونده عضلانی تأکید شد که به شرکت کنندگان کمک می کند تا پاسخ جنگ و گریز خود را تعدیل نمایند. سپس با هدایت درمانگر، شرکت کنندگان به تصویرسازی یک مکان امن پرداختند و از طریق درگیر کردن حواس پنجگانه (بینایی، شنوایی، بویایی، لامسه و چشایی)، یک پناهگاه ذهنی شخصی ایجاد کردند. در بخش بعدی، شرکت کنندگان تجربیات آرامش بخش گذشته خود را شناسایی و بازسازی نموده (مانند قدم زدن در طبیعت، در آغوش گرفتن عزیزان یا گوش دادن به موسیقی آرامش بخش) و از این تجربیات به عنوان منبعی برای خودتسکینی هیجانی استفاده کردند. درمانگر بر اهمیت یکپارچه سازی این تکنیک ها در زندگی روزمره به عنوان ابزاری برای مقابله با هیجانات ناسازگارانه تأکید نمود. تکلیف خانگی شامل تمرین روزانه آرام سازی ۱۵ دقیقه ای، ثبت تجربیات آرامش بخش و ایجاد یک «جعبه ابزار خودتسکینی» شخصی بود. این جلسه با هدف تقویت خودتنظیمی و افزایش دسترسی به منابع درونی آرامش طراحی گردید.
هشتم	جلسه هشتم و پایانی درمان هیجان مدار به جمع بندی فرآیند درمان و تثبیت دستاوردهای حاصل از جلسات پیشین اختصاص یافت. در این جلسه درمانگر با ایجاد فضایی تعاملی، به مرور مفاهیم و تکنیک های آموزش داده شده در طول هفت جلسه گذشته پرداخت و با تشویق شرکت کنندگان به بیان تدوین برنامه شخصی برای تداوم

جمع‌بندی فرآیند تجرب و چالش‌های خود، به رفع ابهامات و پاسخگویی به سؤالات آنان اقدام نمود. در ادامه، تمرین مهارت‌های درمان، تثبیت پرسشنامه‌های پژوهش شامل مقیاس‌های تاب‌آوری، نشخوار فکری و نشانگان شکست عاطفی برای آموخته شده در دستاوردها، تکمیل سنجش تغییرات حاصل از مداخله، توسط کلیه شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. درمانگر با ارائه بازخورد زندگی روزمره پس‌آزمون و فردی و گروهی، بر پیشرفت‌های حاصل شده تأکید کرد و راهکارهای لازم برای تداوم به‌کارگیری مهارت‌های کسب‌شده در زندگی روزمره را ارائه نمود. در پایان، فرآیند خاتمه درمان با بیان احساسات و تداوم مهارت‌ها تجارب اعضا، تقدیر از مشارکت فعال آنان و تأکید بر استمرار تمرین‌های خودمراقبتی به صورت رسمی به پایان رسید.

۴-۲. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (شامل محاسبه میانگین و انحراف معیار) و استنباطی استفاده شد. در بخش استنباطی، ابتدا مفروضات آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک^۱ (با حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، برابری واریانس‌ها با آزمون لوین^۲ و بررسی فرض کرویت با آزمون موچلی^۳ (با حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس با به‌کارگیری تحلیل واریانس آمیخته و در صورت معنادار بودن اثرها، از آزمون تعقیبی بونفرونی^۴ برای مقایسه‌های زوجی بین مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و بین گروه‌های آزمایش و شاهد استفاده شد. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام پذیرفت.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

یافته‌های مربوط به داده‌های دموگرافیک نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۲۳/۷۴ سال و در گروه شاهد ۲۲/۶۶ سال بوده است. نتایج حاصل از تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین سنی دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($P=0/39$)، بنابراین اثر متغیر سن در تحلیل‌های بعدی نیازی به کنترل یا تفکیک ندارد. این یافته حاکی از همگنی اولیه دو گروه از نظر ویژگی سنی و امکان مقایسه مستقیم نتایج بین گروه‌ها است.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری و نشخوار فکری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری و نشخوار فکری در دو گروه آزمایش و شاهد

گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	۶۰/۵۲	۵/۳۲	۷۱/۰۵	۱۰/۵۳	۶۸/۲۳	۸/۷۰
گروه شاهد	۶۱/۰۵	۶/۳۰	۵۸/۸۸	۶/۱۸	۵۹/۸۲	۵/۶۹
نشخوار فکری	۶۰/۸۲	۸/۲۷	۵۰/۴۷	۱۰/۵۵	۵۱/۲۳	۹/۹۵
گروه شاهد	۶۲/۲۳	۷/۰۸	۶۳/۱۷	۷/۲۱	۶۳/۱۱	۶/۸۵

1. Shapiro-Wilk test
2. Levine test
3. Mauchly's Test
4. Bonferroni follow-up test

نتایج جدول توصیفی (جدول شماره ۲) نشان می‌دهد که میانگین نمرات تاب‌آوری در گروه آزمایش که تحت مداخله درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند، در مقایسه با گروه شاهد افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است. همچنین میانگین نمرات نشخوار فکری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد کاهش معناداری را نشان می‌دهد. این یافته‌های اولیه حاکی از تأثیر مثبت مداخله انجام‌شده بر متغیرهای پژوهش است، هرچند جهت تعیین معناداری آماری این تغییرات و اطمینان از عدم تصادفی بودن نتایج، لازم است این داده‌ها در بخش آمار استنباطی و با استفاده از روش‌های مناسب آماری مورد تحلیل دقیق‌تر قرار گیرند.

۳-۳. بررسی پیش فرض‌های آزمون پارامتریک

قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در تاب‌آوری ($F=0/15$; $P=0/17$) و نشخوار فکری ($F=0/10$; $P=0/20$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که یافته مربوط به آن نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در تاب‌آوری ($F=0/40$; $P=0/42$) و نشخوار فکری ($F=0/39$; $P=0/41$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در تاب‌آوری ($F=0/95$; $P=0/33$) و نشخوار فکری ($F=0/94$; $P=0/39$) رعایت شده است.

۳-۳. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۳: تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی متغیرهای تاب‌آوری و نشخوار فکری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
تاب‌آوری	زمان	۲	۱۶۳/۱۷	۱۷/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵	۱
	عضویت گروهی	۱	۱۱۴۰/۰۱	۲۱/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۱
	تعامل زمان و گروه	۲	۳۶۲/۰۴	۳۸/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
نشخوار فکری	خطا	۶۴	۹/۳۸				
	زمان	۲	۲۳۳/۵۷	۱۸/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۱
	عضویت گروهی	۱	۱۹۱۵/۳۳	۱۸/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۱
	تعامل زمان و گروه	۲	۳۳۶/۹۸	۲۷/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
	خطا	۶۴	۱۲/۴۶				

نتایج تحلیل واریانس آمیخته (جدول شماره ۳) نشان داد که اثر اصلی عامل زمان (مراحل ارزیابی) بر نمرات تاب‌آوری ($\eta^2=0/35$) و نشخوار فکری ($\eta^2=0/37$) معنادار بوده است. همچنین اثر اصلی عامل گروهی (دریافت درمان هیجان‌مدار) به طور معناداری بر تاب‌آوری ($\eta^2=0/38$) و نشخوار فکری ($\eta^2=0/36$) تأثیر گذاشته است. علاوه بر این، اثر تعاملی زمان $\times$ گروه نیز برای تاب‌آوری ($\eta^2=0/55$) و نشخوار فکری ($\eta^2=0/46$) معنادار گزارش شد که نشان می‌دهد تغییرات متغیرهای وابسته در مراحل مختلف اندازه‌گیری تحت تأثیر نوع مداخله بوده است. توان آماری ۱۰۰٪ نیز حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری مطلوب بود. برای بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های بین مراحل، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول شماره ۴) که نتایج آن نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نبوده که نشان‌دهنده پایداری اثرات مداخله در دوره پیگیری است.

جدول ۴: تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف معیار	معناداری
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۱۷	۰/۹۲	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۲۳	۰/۷۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۴/۱۷	۰/۹۲	۰/۰۰۰۱
نشخوار فکری	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۹۴	۰/۴۵	۰/۱۳
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۷۰	۱/۰۸	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۳۵	۰/۹۹	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۷۰	۱/۰۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۵	۰/۱۸	۰/۱۸

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ به وضوح نشان داد که مداخله درمان هیجان‌مدار تأثیر معنادار و پایداری بر متغیرهای پژوهش داشته است. به طور مشخص، مقایسه‌های زوجی بین مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری حاکی از آن بود که میانگین نمرات تاب‌آوری در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش معنادار آماری داشته است. به طور همزمان، میانگین نمرات نشخوار فکری در همین مراحل نسبت به پیش‌آزمون کاهش معنادار آماری نشان داد. نکته حائز اهمیت آنکه بین نمرات مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای تاب‌آوری و نشخوار فکری تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد که این یافته به روشنی بیانگر پایداری و ماندگاری اثرات مداخله درمان هیجان‌مدار در دوره پیگیری دوماهه است و نشان می‌دهد که تغییرات ایجاد شده نه تنها موقت نبوده، بلکه در طول زمان نیز تثبیت شده‌اند.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و نشخوار فکری دختران ۲۰ تا ۲۵ سال دارای نشانگان شکست عاطفی انجام شد. نتایج به دست آمده از تحلیل‌های آماری نشان داد که اجرای پروتکل درمان هیجان‌مدار تأثیر معنادار و مثبتی بر افزایش سطح تاب‌آوری و کاهش معنادار نشخوار فکری در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش داشته است. این یافته که مبین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهبود تاب‌آوری است، با نتایج مطالعات پیشین از جمله پژوهش [هنربخش و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) که نشان دادند آموزش راهبردهای مبتنی بر درمان هیجان‌مدار منجر به بهبود مؤلفه‌های هوش هیجانی و کاهش پرخاشگری در دانش‌آموزان شده است، همسویی دارد. همچنین همخوان با یافته‌های [مبشر و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) که گزارش کردند درمان هیجان‌مدار بر خودمراقبتی بیماران تأثیر دارد، و مطابق با نتایج [مستاجران و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) که دریافتند این درمان بر کیفیت زندگی افراد اثربخش است، می‌باشد. علاوه بر این، همسو با پژوهش [لسج و همکاران \(۲۰۱۹\)](#) و [ولج و همکاران \(۲۰۱۸\)](#) که نشان دادند درمان هیجان‌مدار می‌تواند منجر به بهبود عملکرد روانی و شناختی افراد گردد، است.

در تبیین چگونگی اثرگذاری درمان هیجان‌مدار بر بهبود تاب‌آوری در دختران دارای نشانگان شکست عاطفی می‌توان گفت این درمان با افزایش آگاهی هیجانی، به افراد توانایی می‌دهد تا هیجانات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی و ناامیدی و همچنین وضعیت‌های ناتمام گذشته را شناسایی و مدیریت نمایند و از این طریق سطح سازگاری روان‌شناختی خود را ارتقاء بخشند ([لسج و همکاران، ۲۰۱۹](#)). در فرآیند این درمان، مراجعان تشویق می‌شوند تا افکار ناراحت‌کننده خود را مورد بازبینی قرار داده و با جایگزینی خودگویی‌های سازنده، راهکارهای مقابله‌ای مؤثری برای مدیریت پریشانی‌های هیجانی که موجب آشفتگی می‌شوند، توسعه دهند ([ولج و همکاران، ۲۰۱۸](#)). پرداختن به این مؤلفه‌ها در طول جلسات درمان هیجان‌مدار منجر به بهبود قابل ملاحظه تحمل روانی و هیجانی در دختران دارای نشانگان شکست عاطفی شده که این پیشرفت به نوبه خود سبب افزایش تاب‌آوری آنان

می‌گردد. همچنین در درمان هیجان‌مدار بر ایجاد تعدیل آگاهانه در بیان هیجانات در برابر توقعات محیطی هشیار و ناهشیار تأکید می‌شود (مستاجران و همکاران، ۱۴۰۰). این رویکرد به شرکت‌کنندگان می‌آموزد که چگونه در مورد نوع، زمان و چگونگی تجربه و ابراز هیجانات، تغییر در طول دوره یا شدت فرآیندهای رفتاری، تجربی و جسمانی مرتبط با هیجانات، اصلاحات و تغییراتی را ایجاد کنند. این توانمندسازی منجر به پیشگیری از بروز واکنش‌های هیجانی آنی و تکانشی می‌شود که می‌توانند به تشدید مشکلات سلامت روانی و هیجانی بینجامند. تدریجاً این فرآیند به شکل‌گیری هیجانات مثبت، بهبود سلامت روانی و در نهایت افزایش تاب‌آوری در دختران دارای نشانگان شکست عاطفی منجر می‌شود. در تبیین تکمیلی می‌توان افزود که روان‌درمانی هیجان‌مدار به شرکت‌کنندگان می‌آموزد که به جای اجتناب یا سرکوب هیجانات منفی و نگرانی‌ها، آنها را بپذیرند (هنربخش و همکاران، ۱۴۰۰). این پذیرش، افراد را از درگیری‌های شناختی و روانی طاقت‌فرسا رها ساخته و باعث کاهش نگرانی‌های خود-ارجاع می‌شود که در نتیجه به افزایش خوش‌بینی و تاب‌آوری می‌انجامد. علاوه بر این، درمان هیجان‌مدار به دختران می‌آموزد که هیجانات، هرچند دشوار، قابل تحمل هستند و آنان دارای ظرفیت لازم برای مقابله با هیجانات منفی و پردازش‌های شناختی ناکارآمد می‌باشند. این فرآیند توانمندسازی باعث می‌شود که افراد در مواجهه با چالش‌ها و ناسازگاری‌های شناختی-روانشناختی، از جمله درگیری مفرط ذهنی با شرایط خود، بتوانند هیجانات و پردازش‌های شناختی منفی را مدیریت کرده و از واکنش‌های هیجانی غیرسازنده اجتناب نمایند. این موفقیت معمولاً با بهبود آرامش روانی همراه بوده و در نهایت افزایش تاب‌آوری را در پی دارد. در تبیین نهایی باید گفت نتایج این پژوهش که حاکی از تأثیر مثبت درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری دختران دارای شکست عاطفی است را می‌توان با اتکا به مکانیسم‌های کلیدی این درمان تبیین نمود. درمان هیجان‌مدار با هدفمندسازی مستقیم هیجان‌های ناسازگارانه اولیه نظیر غم، شرم و ترس از طرد که هسته اصلی نشانگان شکست عاطفی هستند، امکان پردازش و یکپارچه‌سازی این تجارب دردناک را فراهم می‌سازد. این فرآیند از طریق تکنیک‌هایی مانند نمادسازی هیجانی و دوپارگی، باعث کاهش اجتناب هیجانی و نشخوار فکری می‌شود. همزمان، با تقویت مهارت‌های خودآگاهی و تنظیم هیجانی، توانایی افراد برای مدیریت موثر فشارهای عاطفی افزایش می‌یابد. همچنین، تمرکز این درمان بر ترمیم الگوهای دلبستگی آسیب‌دیده، حس امنیت درونی را بازسازی می‌کند. در نتیجه، این تغییرات هیجان‌محور به صورت مجتمع، ظرفیت روان‌شناختی فردی را برای عبور از بحران و سازگاری مثبت با شرایط جدید ارتقاء داده و در نهایت تاب‌آوری آنان را تقویت می‌نماید.

یافته دوم پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش نشخوار فکری دختران ۲۰ تا ۲۵ سال دارای نشانگان شکست عاطفی، با نتایج مطالعات پیشین همسو می‌باشد. به طور خاص، همخوان با یافته‌های بهوندی و همکاران (۱۴۰۱) که نشان دادند درمان هیجان‌مدار منجر به افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌شود، و مطابق با نتایج دانش‌پور (۱۴۰۱) که دریافت این درمان تنظیم شناختی نوجوانان با تجربه اعتیاد را افزایش می‌دهد، است. علاوه بر این، همسو با پژوهش‌های واتسون و شربانی (۲۰۲۲) که بیانگر تأثیر مثبت این درمان بر بهبود عملکرد روانی و شناختی افراد بوده، می‌باشد. یافته دوم پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش نشخوار فکری دختران ۲۰ تا ۲۵ سال دارای نشانگان شکست عاطفی، در چارچوب نظری این رویکرد درمانی قابل تبیین است. درمان هیجان‌مدار به عنوان یک رویکرد تجربی، هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه انسانی در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی در نظر می‌گیرد (واتسون و شربانی، ۲۰۲۲). بر این اساس، تغییر درمانی از طریق فرآیند بازنمایی هیجانی شامل بروز، تنظیم، بازخورد و انتقال تجربه هیجانی و در بافت رابطه درمانی تسهیل می‌گردد. این درمان با تأکید بر نقش محوری هیجان در سازماندهی شناختی و هیجانی، کارکرد انطباقی هیجان را به عنوان شکل سازنده‌ای از پردازش اطلاعات و آماده‌سازی فرد برای عمل هدفمند در نظر می‌گیرد که به طور مستقیم به کاهش نشخوار فکری منجر می‌شود. مکانیسم اصلی اثرگذاری این درمان از طریق تقویت توانش‌های هیجانی شامل تشخیص، ابراز و سازگاری با هیجانات محقق می‌شود. این توانمندی‌ها با افزایش قدرت روانی، پردازش شناختی-هیجانی را تسهیل نموده و از این طریق چرخه نشخوار فکری را مختل می‌کنند. همچنین درمان هیجان‌مدار با گسترش پردازش هیجانی بر اساس چهار اصل

بنیادین افزایش آگاهی هیجانی، تقویت تنظیم هیجان، تعمق در هیجانات و دگرگونی هیجانی (دانش‌پرو، ۱۴۰۱)، به ایجاد خودگویی‌های مثبت و تجارب تازه می‌پردازد. این فرآیند درمانی به شرکت‌کنندگان می‌آموزد که به جای اجتناب یا غرق‌شدن در هیجانات، با آنها به عنوان پدیده‌های موقت و قابل مدیریت برخورد نمایند. از طریق افزایش آگاهی هیجانی و بیان مناسب هیجانات، افراد قادر می‌شوند ارتباط سازنده‌ای با تجارب هیجانی خود برقرار کرده و درک جدیدی از توانمندی‌های روانی خویش کسب نمایند. این تحول منجر به کاهش مشغولیت‌های شناختی تکراری و نشخوار فکری می‌گردد، چرا که افراد یاد می‌گیرند به جای گرفتار شدن در چرخه‌های فکری تکراری، تجارب هیجانی خود را به شیوه‌ای انطباقی پردازش نمایند. همچنین درمان هیجان‌مدار به دلیل تمرکز بر شناسایی، پردازش و تنظیم هیجان‌های ناسازگار اولیه، اثربخشی قابل‌توجهی در کاهش نشخوار فکری در دختران ۲۰ تا ۲۵ سال با نشانگان شکست عاطفی دارد. این رویکرد با ایجاد فضای امن درمانی، به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌های عمیق مرتبط با شکست عاطفی (مانند شرم، ترس از طرد شدن یا احساس بی‌ارزشی) را که محرک اصلی چرخه نشخوار فکری هستند، بازشناسی کرده و به‌طور سازگارانه‌ای بازسازی کنند. از طریق تکنیک‌هایی مانند بازسازی هیجانی و تبدیل هیجان‌های ثانویه (مانند خشم) به هیجان‌های اولیه (مانند درد ناشی از تنهایی)، درمان هیجان‌مدار فرآیند معناگذاری مجدد نسبت به واقعه شکست را تسهیل می‌کند. در نتیجه، با کاهش اجتناب هیجانی و افزایش تاب‌آوری عاطفی، وابستگی شناختی به نشخوار فکری به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد کاهش یافته و فرد می‌تواند الگوهای ارتباطی سالم‌تری را در آینده شکل دهد. این تغییرات عصبی-هیجانی به‌طور مستقیم مدارهای عصبی مرتبط با تنظیم هیجان (مانند قشر پیش‌پیشانی) را تقویت و فعالیت ساختارهای مرتبط با تهدید (مانند آمیگدال) را تعدیل می‌کند. در تبیینی نهایی باید گفت نشخوار فکری به عنوان یک راهبرد ناسازگارانه تنظیم هیجان، اغلب در پاسخ به هیجان‌های اولیه پردازش‌نشده‌ای مانند غم، شرم و ترس از طرد شکل می‌گیرد (چن و همکاران، ۲۰۲۳). درمان هیجان‌مدار با ایجاد فضای امن برای مواجهه و پذیرش این هیجان‌های دردناک، به طور مستقیم به سراغ هسته هیجانی نشخوار فکری می‌رود. این درمان از طریق تکنیک‌هایی مانند نمادسازی هیجانی و تمرینات آگاهی بدنی، به بازسازی رابطه فرد با تجارب عاطفی می‌پردازد. همچنین، با کمک به درک و تبدیل هیجان‌های ناسازگارانه به حالت‌های سازنده، نیاز به تکرار ذهنی رویداد آسیب‌زا را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر، تقویت مهارت‌های خود-شفقتی و خودتنظیمی در این درمان، جایگزین‌های کارآمدی برای چرخه معیوب نشخوار فکری ایجاد می‌کند. در نهایت، این فرآیند یکپارچه باعث می‌شود که فرد بتواند رابطه سالم‌تری با افکار و هیجان‌های خود برقرار کرده و از چرخه نشخوار فکری خارج شود.

دامنه پژوهش حاضر به دختران ۲۰ تا ۲۵ ساله دارای نشانگان شکست عاطفی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی در شهر اصفهان محدود بود. همچنین کنترل نکردن متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی تأثیرگذار بر تاب‌آوری و نشخوار فکری، به کارنگرفتن روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم اجرای مرحله پیگیری بلندمدت (شش ماهه و یک‌ساله) از دیگر محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌روند. به منظور افزایش قابلیت تعمیم نتایج، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در شهرها و مناطق دارای فرهنگ‌های گوناگون، گروه‌های سنی دیگر، جامعه پسران و نیز سایر گروه‌های دختران (مانند دختران قربانی خشونت) انجام شود. همچنین کنترل عوامل ذکرشده و اجرای پیگیری در بازه‌های طولانی‌تر توصیه می‌گردد. با توجه به اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در بهبود تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری در جامعه مورد مطالعه، پیشنهاد می‌گردد در سطح عملی، این روش درمانی از طریق تهیه بروشور و کتابچه‌های علمی در اختیار مشاوران، روان‌شناسان و درمانگران مراکز مشاوره (به‌ویژه مراکز وابسته به دانشگاه‌های دولتی و آزاد) قرار گیرد تا از این طریق در جهت ارتقای تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری دختران با تجربه شکست عاطفی گام‌های مؤثری برداشته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تیمی متشکل از اساتید روانشناسی و مشاوره با همکاری معاونت‌های پژوهشی و دانشجویی دانشگاه‌ها، نسبت به شناسایی این جوانان، جلب اعتماد آنان و واکاوی علل ریشه‌ای این پدیده با در نظرگیری ویژگی‌های بوم‌شناختی هر منطقه اقدام نمایند. پس از مرحله شناسایی، اجرای برنامه‌های

آموزشی عمومی برای دانشجویان به منظور افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری ضروری است تا از تبدیل این روند به افکار و اقدامات خودکشی پیشگیری به عمل آید.

۵. تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد بود. بدین وسیله از تمام افراد حاضر در پژوهش و مسئولین مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

۶. ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت دختران ۲۰ تا ۲۵ سال با نشانگان شکست عاطفی برای شرکت در مداخله درمان هیجان‌مدار دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل انجام پژوهش اطلاع یافتند. علاوه بر این، به دختران حاضر در گروه شاهد اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، مداخله درمان هیجان‌مدار را به شکل رایگان دریافت خواهند کرد. همچنین به دختران حاضر در هر دو گروه آزمایش و شاهد اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به شکل محرمانه در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و نیاز نیست در پرسشنامه‌ها مشخصات فردی خود را درج نمایند. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1404.005 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد ثبت گردیده است.

۷. حمایت مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

۸. تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- ارتضایی، ب.، نیسی، ع.، حمید، ن.، و داوودی، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش زنان مبتلا به افسردگی دارای تجربه شکست عاطفی. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۹(۶)، ۶۴-۷۷. <http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.9.6.64>
- اکبری، ا.، خانجانی، ز.، پورشریفی، ح.، محمودعلیلو، م.، و عظیمی، ز. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل با درمان شناختی-رفتاری در بهبود علائم مرضی شکست عشقی دانشجویان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۱۵)، ۸۷-۱۰۱. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2100>
- اکبری، م.، طالع پسند، س.، رحیمیان بوگر، ا.، و امین بیدختی، ع.ا. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله یکپارچه نگر شکست عاطفی بر بهبود نشانگان ضربه عشق، تاب‌آوری تحصیلی، بهزیستی تحصیلی و تمایز یافتگی خود در دانشجویان دچار شکست عاطفی. *مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۸(۴۴)، ۷۴-۱۰۲. <https://doi.org/10.22111/jeps.2021.6671>
- آقایوسفی، ع.، خارپو، اف. و حاتمی، ح. (۱۳۹۴). نقش نشخوار فکری در بهزیستی روانی و اضطراب در همسران بیماران مبتلا به سرطان در استان قم، *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۴(۱۴)، ۹۷-۷۹. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23221283.1394.4.14.6.0.79-97>
- باقری‌نژاد، م.، صالحی فردی، ج.، طباطبایی، س.م. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *پژوهشنامه تعلیم و تربیت*، ۱۱(۱)، ۳۸-۲۱. <https://doi.org/10.22067/fe.v11i1.2246>
- بهوندی، ن.، خیاطان، ف.، و گل پرور، م. (۱۴۰۱). مقایسه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی بیماران سردرد اولیه. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۸(۲)، ۲۱۰-۲۲۱. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.4025.1>
- پاینده، ف.، محمدخانی، پ.، برجلی، م. (۱۴۰۴). مدل ساختاری افسردگی براساس عزت‌نفس و شفقت به خود با نقش میانجی نشخوار فکری مشترک در نوجوانان. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۶(۳)، ۱۸-۱. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.355936.644554>

پیمبری، م، منصوبی فر، م، هواسی سومار، ن، تازی مرادی، آ، و بلیاد، م. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند منفی، خودانتقادی و نشخوار فکری در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی. *پرستار و پزشک در رزم*، ۹(۳۲)، ۱۷-۶.

<http://npwjw.ajaums.ac.ir/article-1-834-fa.html>

جباری، ن، و عقیلی، س.م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و نیازهای بین‌فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۸(۶۹)، ۷۰-۶۱.

<https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.16242>

دانش پرور، ه. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی نوجوانان با تجربه اعتیاد، دومین کنفرانس ملی تحقیقات میان رشته ای در علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره و مطالعات فرهنگی، اردبیل، ۲۱ مردادماه ۱۴۰۱. <https://civilica.com/doc/1719222>

دستمردی، ز، مقتدر، ل، و اکبری، ب. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل و شفقت به خود بر حرمت خود و تمایز یافتگی در دانشجویان دارای شکست عاطفی. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۷(۱)، ۱۷۶-۱۸۷.

https://www.islamiilife.com/article_185272.html

رحیمی، چ، جمال آبادی، پ، و صداقت پور حقیقی، م.م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس و خودکارآمدی عاطفی دانشجویان دختر دارای سابقه شکست عاطفی. *مطالعات ناتوانی*، ۱۲(۳)، ۱۱۱-۱۰۱.

<http://jdisabilstud.org/article-1-1578-fa.html>

علیزاده نوحی، ز، اخوی ثمرین، ز، و قمری، ح. (۱۴۰۴). الگوی روابط ساختاری بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان براساس تاب‌آوری شخصی و هوش اجتماعی با میانجی‌گری نشخوار ذهنی. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۶(۱)، ۱۳-۱.

<https://doi.org/10.22059/japr.2023.359265.644621>

غلامی، س، کشاورزی، ف، محمدخانی، پ، و حسینی، ف. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خودانتقادی دختران نوجوان با تجربه سوگ طلاق والدین، *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۷)، ۱۷۸-۱۹۴.

<https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15293>

کشاورز، ز، بخشانی، ن، و آقایی خواجه لنگی، ح. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شفقت محور بر عاطفه منفی و سرزنش خود دانشجویان دختر دارای شکست عاطفی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۲)، ۲۹۳-۳۰۳.

<http://dx.doi.org/10.52547/rbs.19.2.293>

مبشر، ز، باقری، ن، عباسی، م، و تنها، ز. (۱۴۰۰). مقایسه تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت بر خود و درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار بر خودمراقبتی و تبعیت از درمان در بیماران قلبی-عروقی. *یافته*، ۲۳(۱)، ۱۲-۲۵.

<http://yafte.lums.ac.ir/article-1-3238-fa.html>

مستاجران، م، جزایری، ر، و فاتحی زاده، م. (۱۴۰۰). تأثیر درمان تلفیقی هیجان‌مدار (گرینبرگ) و متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زناشویی زنان متأهل. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۱(۱)، ۸۵-۱۰۶.

<https://doi.org/10.22108/cbs.2022.130801.1576>

نوروزی، م، و کجافی، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و همجوشی شناختی دختران دارای شکست عاطفی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰(۴)، ۶۳۴-۶۴۷.

<http://dx.doi.org/10.52547/rbs.20.4.6>

هنربخش، ف، سعیدی اصل، س، سالاری چینه، پ، منظری توکلی، و. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش راهبردهای مبتنی بر درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های هوش کلامی و پرخاشگری دانش آموزان پیش دبستانی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۸(۳)، ۷۳-۸۶.

<http://dx.doi.org/10.52547/jcmh.8.3.7>

یوسفیان، ز، احدی، ح، کراسکیان موجمناری، آ. (۱۳۹۸). اثربخشی معنویت‌درمانی بر پریشانی روان‌شناختی و تاب‌آوری بیماران تالاسمی، *فصلنامه علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۴)، ۲۲۹۳-۲۲۸۵.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.84.1.8>

References

- Agha Yousefi, A. R., Kharbo, A., & Hatami, H. R. (2015). the role of rumination on psychological well-being and anxiety the spouses' cancer patients. *Quarterly Journal Of Health Psychology*, 14(4), 79-97. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23221283.1394.4.14.6.0> (In Persian)
- Akbari, E., Khanjani, Z., Poursharifi, H., Mahmoud-Alilou, M., & Azimi, Z. (2012). Comparative Efficacy of Transactional Analysis Versus Cognitive Behavioral Therapy for Pathological Symptoms of Emotional Breakdown in Students. *Clinical Psychology*, 3(15), 87-101. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2100> (In Persian)
- Akbari, M., Talehpasand, S., Rahimian Boogar, I., Amin Bidakhti, A.A. (2022). Effectiveness of integrative intervention of romantic Breakdown to improve the love trauma syndrome, academic resilience, academic well-being and self-distinction in students with romantic breakdown.

- Journal of Educational Psychology Studies*, 18(44), 74-102. <https://doi.org/10.22111/jeps.2021.6671> (In Persian)
- Alizadeh Noohi, Z., Akhavi Samarein, Z., & Ghamari, H. (2025). The Pattern of Structural Relationships of University Students' Psychological Well-Being Based on Personal Resilience and Social Intelligence Mediated by Mental Rumination. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.359265.644621> (In Persian)
- Almeida, B., Silva, S., & Cunha, C. (2025). Emotion-Focused Therapy for Resolving Emotional Injuries in Older Adults: A Hermeneutic Single-Case Efficacy Design Study. *Counseling and Psychotherapy Research*, 25(2), 700-707. <https://doi.org/10.1002/capr.70014>
- Bagherinezhad, M., Salehi Fadardi, J., & Tabatabayi, S.M. (2010). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Journal of Foundations of Education*, 11(1), 21-38. <https://doi.org/10.22067/fe.v11i1.2246> (In Persian)
- Behvandi, N., Khayatan, F., & Golparvar, M. (2022). Comparing of Compassion-Based Emotion Focused Therapy With Compassion-Focused Treatment on Quality of Life of Primary Headache Patients. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 28(2), 210-221. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.4025.1> (In Persian)
- Chen, D., Ying, J., Liu, S., Xu, Z., Wu, H., Zhou, X., & You, J. (2023). The protective effects of meaning in life on the relationships between attachment anxiety, rumination, and nonsuicidal self-injury: A moderated mediation model. *Children and Youth Services Review*, 155, 1072-1077. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107277>
- Coccaro, E.F., Drossos, T., Kline, D., Lazarus, S., Joseph, J.J., & Groot, M. (2022). Diabetes distress, emotional regulation, HbA_{1c} in people with diabetes and A controlled pilot study of an emotion-focused behavioral therapy intervention in adults with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 16(3), 381-386. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2022.03.002>
- Conner, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner – Davidson Resilience scale (CD- RISC). *Depression & Anxiety*, 18(2), 36-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cui, Z., Xue, H., Liu, H., Liu, F., Feng, S., Chen, H., Huang, C., Wang, J., & Liu, D. (2024). A latent class analysis of depressive symptoms among rural Chinese adolescents and their association with psychological resilience. *Preventive Medicine Reports*, 38, 1026-1031. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102625>
- Daneshparvar, H. (2022). *Investigating the effectiveness of emotion-focused therapy on cognitive regulation in adolescents with addiction experience*, Second National Conference on Interdisciplinary Research in Educational Sciences, Psychology, Counseling and Cultural Studies, Ardabil. August 21, 2022. <https://en.civilica.com/doc/1719222/>
- Dastmardi, Z., Moghtader, L., & Akbari, B. (2023). Comparing the Effectiveness of Mutual Behavior Analysis and Self-Compassion Therapy on Self-Esteem and Differentiation in Students with Emotional Failure. *Ministry of Health and Medical Education*, 7(1), 176-187 https://www.islamiilife.com/article_185272.html?lang=en (In Persian)
- Ertezaee, B., Neissi, A., Hamid, N., & Davoudi, I. (2023). The effectiveness of emotion focused therapy on mental pain, experiential avoidance, and forgiveness in women with depression, who experienced a romantic relationship breakup. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(6), 64-77 <http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.9.6.64> (In Persian)
- Fernández, M.S., Rueda, C.Z., Patrignani, G.G., Rivero, J.C.C., & Padilla, J.H. (2023). Adaptation to the disease, resilience and optimism in woman with breast cancer. *Adaptación a la enfermedad, resiliencia y optimismo en mujeres con cáncer de mama*. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (English ed.), 52(4), 280-286. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.06.016>
- Gholami, S., Keshavarzi Arshadi, F., Mohamadkhani, P., & Hasani, F. (2022). The Effectiveness of Emotion-based Therapy on Cognitive Regulation of Emotion and Self-criticism of Adolescent Girls Experiencing Parental Divorce Mourning. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(67), 187-196. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15293> (In Persian)

- Greenman, P.S., Campbell, T.L., & Allan, R. (2024). Attachment, emotion, and change: Emotionally focused individual therapy (EFIT) within a process-based therapy (PBT) framework. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 1007-1011. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100768>
- Honarbakhsh, F., Saeedi asl, S., Salari, P., & Manzari Tavakoli, V. (2021). The Effectiveness of Teaching Strategies Based on Emotion-Focused Therapy on the Components of Verbal Intelligence and Aggression in Preschool Students. *Journal of Children Mental Health*, 8(3), 73-86 <http://dx.doi.org/10.52547/jcmh.8.3.7> (In Persian)
- Jabari, N., & Aghili, M. (2023). The Effectiveness of Compassion and Emotion-Focused Therapy on Self-Harming Behaviors and Interpersonal Needs in Female Adolescents with Suicidal Ideation. *Journal of Modern Psychological Researches*, 18(69), 61-70. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.16242> (In Persian)
- Keshavarz, Z., Bakhshani, N. M., & Aghaee Khajelangi, H. (2021). Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Negative Affect and Self-Blame in Female Students with Failing in Love. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 19(2), 293-303 <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.19.2.293> (In Persian)
- Lesch, E., Bruin, K., & Anderson, C. (2018). A Pilot Implementation of the Emotionally Focused Couple Therapy Group Psycho education Program in a South African Setting, *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 17(4), 313-337. <https://doi.org/10.1080/15332691.2017.1417940>
- Liu, J., Peh, P., Simard, S., Griva, K., & Mahendran, R. (2018). Beyond the fear that lingers: The interaction between fear of cancer recurrence and rumination in relation to depression and anxiety symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 111, 120-126. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.06.004>
- Longcoy, L.H., Wu, W., Wei, C., & Doorenbos, A.Z. (2023). Examining the Role of Resilience, Posttraumatic Growth, and Quality of Life in Women with Breast Cancer: A Serial Multiple Mediator Model Approach. *Seminars in Oncology Nursing*, 39(4), 1514-1518. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2023.151441>
- Mobasher, Z., Bagheri, N., Abasi, M., & Tanha, Z. (2021). Comparison of a combination of acceptance and commitment-based therapy and self-compassion training and emotion oriented cognitive-behavioral therapy on self-care and adherence to treatment in icardiovascular patients. *Yafte*, 23(1), 12-25 <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-3238-en.html> (In Persian)
- Mori, M., & Tanno, Y. (2015). Mediating role of de-centering in the associations between self-reflection, self-rumination, and depressive symptoms. *Psychology*, 6, 613-621. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2015.65059>
- Mostajeran, M., Jazayeri, R. S., & Fatehi Zade, M. (2021). The Effect of integrated Emotion-focused therapy (Grinbeerg's) and Compassion focused Therapy on Marital quality of Life and married women. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 11(1), 85-106. <https://doi.org/10.22108/cbs.2022.130801.1576> (In Persian)
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Norouzi, M., & Kajbaf, M.B. (2023). The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Mental Health and Cognitive Fusion of Girls with Emotional Breakdown. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 20(4), 634-647 <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.20.4.6> (In Persian)
- Payandeh, F., Mohammadkhani, P., & Borjali, M. (2025). The Structural Modeling of Depression in Adolescents through the Self-Esteem and Self-Compassion with Role Mediator of Co-Rumination. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 1-18. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.355936.644554> (In Persian)
- Peyambari, M., Mansoobifar, M., Havassi Somar, N., Tari Moradi, A., & Belyad, M.R. (2021). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on negative automatic thoughts, self-criticism and rumination in students experiencing emotional failure. *Journal of Nurse and Physician Within War*, 9(32), 6-17 <http://npwj.ajaums.ac.ir/article-1-834-en.html> (In Persian)

- Rahimi, C., Jamalabadi, P., & Sedaghat Pour Haghighi, M.M.(2022) Cognitive Behavioral Treatment on Self-Esteem and Emotional Self-Efficacy of Female Students with Failure in Love. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 12(3), 101-111 <http://jdisabilstud.org/article-1-1578-en.html> (In Persian)
- Rosse, R. B. (1999). The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken. New York: Perseus Publishing.
- Uzun, M. E., Kara, O., Şirin, H., & Kaymaz, N. (2023). Examination of relationship factors between psychological resilience and social support in adolescent obesity. *Archives de Pédiatrie*, 30(5), 277-282. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2023.02.008>
- Warwar, S.H., & Greenberg, L.S. (2023). *Emotion-focused therapy*. Encyclopedia of Mental Health (Third Edition), 743-750. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00175-2>
- Watson, J.C., & Sharbanee, J.M. (2021). Emotion Focused Therapy – Case Conceptualization and Treatment: Adults. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 145, 241-251. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00210-7>
- Welch, S., Lachmar, E., & Wittenborn, K. (2019). Establishing safety in emotionally focused couple therapy, A single-case process study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(4), 402-415. <https://doi.org/10.1111/jmft.12398>
- Yang, Y., Ma, X., Kelifa, M.O., Li, X., Chen, Z., & Wang, P. (2022). The relationship between childhood abuse and depression among adolescents: The mediating role of school connectedness and psychological resilience. *Child Abuse & Neglect*, 131, 1057-1062. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105760>
- Yoosefian, Z., Ahadi, H., & Keraskian Mojmanari, A. (2019). The effectiveness of spirituality therapy on psychological distress and resilience of thalassemia patients. *Journal of Psychological Science*, 18(84), 2285-2293. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.84.1.8> (In Persian)

The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Resilience and Rumination in 20- to 25-Year-Old Girls with Emotional Failure Syndrome

Abstract

Aim

Creating a lasting and meaningful relationship is one of the key social capacities of humans. Young people in romantic relationships have the opportunity to identify their sexual desires and emotions, express sexual behaviors, and learn how to relate to someone of the same age and express the emotions of youth (Keshavarz, Bakhshani, Aghaee Khajelangi, 2021). Various studies have shown that failure and separation in these relationships can be one of the most painful emotions that a young person experiences. Emotional failure includes a set of severe signs and symptoms that appear after the sudden breakup of a romantic relationship (Ertezaee et al., 2023). Emotional failure is empirically associated with a variety of physical and psychological symptoms such as anxiety, depression, psychological vulnerability, loneliness, immune system suppression, and feelings of helplessness (Keshavarz, Bakhshani, Aghaee Khajelangi, 2021). Accordingly, one of the variables that can improve the psychological tolerance and coping power of young people with emotional failure and increase their internal strength is resilience (Akbari et al., 2022). As the results of the research of Longcoy et al. (2023) and Fernández et al. (2022) have shown, resilience can lead to increased psychological tolerance of individuals. In addition to considering resilience as an important variable in improving the mental conditions of adolescents and young people, one of the types of thinking patterns in unwanted thoughts and its role in the persistence of psychological and emotional problems of emotional and love failure that has attracted the attention of many researchers in recent years is rumination, based on which these people repeatedly dwell on the cause of their failure and engage in cognitive integration and fusion (Peyambari et al., 2021). According to this the present study was conducted to investigate the effectiveness of emotion focused therapy on resilience and rumination in 20- to 25-year-old girls with emotional failure syndrome.

Methodology

The current study was a experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the present study consisted of 20- to 25-year-old girls with emotional failure syndrome who referred to counseling centers in Isfahan in winter the 2024. In this research, 40 girl with emotional failure syndrome were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (20 girl in the experimental group and 20 girl in the control group). G*Power software was used to determine the sample size, with 20 participants in each group. The error rate was 0.05 and the confidence level was 0.95. The effect size was 0.99. Then, the young people in the experimental groups received emotional-focused therapy interventions (Watson, Sharbabe, 2021) for eight weeks, one 90-minute session per week. This was while the young people in the control group did not receive any intervention during the study and were waiting to receive the interventions. After the sessions were completed, a post-test was administered and a follow-up phase was conducted to ensure the stability of the results. After the interventions began, 3 young people in the experimental group and 3 young people in the control group withdrew from the study, leaving 34 young people in the study (17 young people in the experimental group and 17 young people in the control group). Love Trauma Questionnaire (LTQ) (Rosse, 1999), Resilience Questionnaire (RQ) (Connor, Davidson, 2003) and Rumination Questionnaire (RQ) (Nolen-Hoeksema, Morrow, 1991) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software. The reason for using mixed variance analysis was that in this research there were two experimental and control groups, each of which was measured in three stages (pre-test, post-test and follow-up).

Results

The results showed that emotion focused therapy has significant effect on the resilience ($F=74.97$; $\text{Eta}=0.68$; $P<0.001$) and rumination ($F=74.97$; $\text{Eta}=0.68$; $P<0.001$) in girls with emotional failure syndrome. In this way, this intervention was able to lead to a significant increase in the average scores of resilience and decrease in the average scores of rumination in the girls with emotional failure syndrome. These results remained stable in the follow-up phase. These results indicate that the emotion focused therapy can significantly change the average resilience and rumination in the girls with emotional failure syndrome in the two stages of post-test and follow-up.

Table 1. Analysis of mixed variance analysis for examining within and between group effects on resilience and rumination variables.

variables		Sum of Squares	df	Means Square	F	Sig	Partial Eta Squared	Observed Power
resilience	Factor1	326.35	2	163.17	17.39	<0.001	0.35	1
	Groups	1140.01	1	1140.01	21.23	<0.001	0.38	1
	Factor*group	724.07	2	362.04	38.60	<0.001	0.55	1
	error	600.23	64	9.38				
rumination	Factor1	467.13	2	233.57	18.74	<0.001	0.37	1
	Groups	1915.33	1	1915.33	18.17	<0.001	0.36	1
	Factor*group	673.96	2	336.98	27.04	<0.001	0.46	1
	error	797.57	64	12.46				

Table 2. Pairwise difference of scores of dependent variables based on assessment stages

variables	Baseline (average)	Comparable stage (average)	Difference in averages	Standard deviation error	Sig
resilience	Pre-test	Post-test	-4.17	0.92	0.0001
		Follow-up	-3.23	0.77	0.001
	Post-test	Pre-test	4.17	0.92	0.0001
		Follow-up	0.94	0.45	0.13
rumination	Pre-test	Post-test	4.70	1.08	0.0001
		Follow-up	4.35	0.99	0.0001
	Post-test	Pre-test	-4.70	1.08	0.0001
		Follow-up	-0.35	0.18	0.18

Conclusion

The first finding of the present study, which was based on the effectiveness of emotion-focused therapy on the resilience of 20- to 25-year-old girls with failure syndrome, was consistent with the results of previous studies. As Honarbakhsh et al. (2021) have shown that training in emotion-focused therapy strategies has led to improved verbal intelligence and reduced aggression in students. Also, Mobasher et al. (2021) have reported that emotion-

focused therapy has an effect on patients' self-care. In addition, Mostajeran et al. (2021) found that emotion-focused therapy is effective on the quality of life of individuals. Finally, Lesch, Bruin, Anderson (2018) and Welch et al. (2019) have also shown that emotion-focused therapy can lead to improved psychological and cognitive functioning of individuals. In the explanation, it should be said that emotion-focused therapy gives individuals the ability to control negative emotions such as anxiety, depression, and frustration by increasing emotional awareness and increasing their level of psychological adjustment (Lesch, Bruin, Anderson, 2018). During emotion-focused therapy, clients are encouraged to question their distressing thoughts and use alternative self-talk to deal with these emotions and psychological distress. Addressing these topics in emotion-focused therapy training sessions has led to improved levels of psychological and emotional tolerance in girls with failure syndrome, which also increases their resilience.

The second finding, regarding the effectiveness of emotion-focused therapy on rumination in 20- to 25-year-old girls with failure syndrome, was consistent with the results of previous studies. As Behvandi, Khayatan, Golparvar (2022) have shown that emotion-focused therapy leads to an increase in the quality of life of patients. Finally, the results of the studies by Watson, Sharbabee (2021) indicated that emotion-focused therapy can lead to an improvement in the psychological and cognitive functioning of individuals. In explaining the present finding, it should be said that emotion-focused therapy is an empirical approach that considers emotion as the basis and foundation of experience in relation to adaptive and maladaptive functions (Watson, Sharbabee, 2021). Based on this treatment, it helps clients to represent emotions and in the context of treatment, this change is facilitated. Also, the main issue of emotion-focused therapy is that emotions are a fundamental part of the individual's structure and a key factor for mental organization. The most basic function of emotions is as an adaptive form of information processing of the individual that directs his or her behavior and reduces rumination in girls with failure syndrome. Also, in this approach, it is tried to identify emotions and transform them into understandable messages and constructive behaviors. The lack of ability to interpret emotional situations may cause problems in cognitive, psychological and emotional processing. Emotional abilities, which are defined as the ability to recognize and express emotions as well as the ability to adapt to challenging situations, increase the mental strength of girls with failure syndrome and thereby reduce their rumination.

The scope of the present study was limited to girls aged 20 to 25 with emotional breakup syndrome who sought services at counseling and psychological service centers in the city of Isfahan. Additional limitations of this study include the lack of control for influential environmental, familial, and social variables affecting resilience and rumination, the non-use of random sampling methods, and the absence of a long-term follow-up phase (e.g., at six months and one year). To enhance the generalizability of the findings, it is recommended that future research be conducted in cities and regions with diverse cultures, include other age groups, focus on male populations, and extend to other groups of girls (such as girls who have experienced violence). Furthermore, controlling for the aforementioned variables and implementing follow-ups over longer periods is advised. Given the demonstrated efficacy of Emotion-Focused Therapy in improving resilience and reducing rumination within the studied population, it is recommended that practical steps be taken. This includes developing informational brochures and scientific manuals for counselors, psychologists, and therapists at counseling centers—particularly those affiliated with state and Azad universities—to facilitate the effective application of this therapy. Such measures would contribute significantly to enhancing resilience and mitigating rumination among girls who have experienced emotional breakups. Furthermore, it is suggested that a team comprising professors of psychology and counseling, in collaboration with university research and student affairs administrations, take action to identify these young individuals, gain their trust, and investigate the root causes of this phenomenon, considering the ecological characteristics of each region. Following the identification phase, implementing general educational programs for students is essential to increase resilience and reduce rumination, thereby preventing the potential escalation of this process into suicidal thoughts or actions.

Key words: Emotional Failure Syndrome, Emotion Focused Therapy, Resilience, Rumination

Ethical considerations

In order to comply with research ethics, consent was obtained from girls aged 20 to 25 with emotional failure syndrome to participate in the emotion-focused therapy intervention. They were also informed about all stages of the research. In addition, the girls in the control group were assured that after completing the research process, they would receive the emotion-focused therapy intervention free of charge. The girls in both the experimental and control groups were also assured that their information would remain confidential with the researcher and

that they did not need to include their personal details in the questionnaires. The present study has been registered with the ethics code IR.IAU.SHK.REC.1404.005 at the Islamic Azad University, Shahrekord Branch.

Acknowledgments

This article was derived from the first author's doctoral dissertation at Islamic Azad University, Shahrekord Branch. We would like to express our gratitude to all the people involved in the research and the officials of the counseling and psychological service centers in Isfahan who fully cooperated in carrying out the research.

Conflict of Interest

No government or private organization has financially supported this research. In this study, no conflict of interest was reported by the authors.

In press/ Accepted