Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2026, Volume 23, Issue 4

The Effectiveness of Imagery Rescripting of Memories on Grief Intensity, Intrusive Mental Images, and Grief-Related Avoidance in Individuals with Complicated Grief Disorder

Elham Dehghan[1], **Forough Adelifard**[2], **Behnaz NafarDastgerdi**[3], **Shirin Talebianfar**[4], **Fatemeh Masrour**[4]

1. MSc in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran
2. (Corresponding author) * MSc Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.
3. MA in General Psychology, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
4. MSc in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, QoMS.C., Islamic Azad University, Qom, Iran.

Abstract

Aim and Background: Complicated Grief Disorder (CGD) is a new diagnosis in the DSM-5-TR and ICD-11, characterized by symptoms such as intense yearning for the deceased, intrusive mental images, and avoidance of loss-related reminders. Given the limited response to existing treatments, there is a perceived need for novel and culturally-adapted approaches. The present study aimed to investigate the effectiveness of Imagery Rescripting (ImRs) of memories in reducing grief intensity, intrusive mental images, and grief-related avoidance in individuals diagnosed with Complicated Grief Disorder

Methods and Materials: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and follow-up assessments. After screening and clinical interviews (SCID-5), 64 eligible individuals from the 3rd and 17th districts of Tehran city were randomly assigned to either the intervention group (Imagery Rescripting of memories) or the control group (waitlist). The intervention was conducted over eight sessions. Assessments were carried out at pretest, posttest, one-month follow-up, and three-month follow-up stages using the Inventory of Complicated Grief (ICG), the Intrusive Images subscale of the Impact of Event Scale (IES), and the Depressive and Anxious Avoidance in Prolonged Grief (DAAPG) scale. Data were analyzed using a mixed linear model and Bonferroni post-hoc tests.

Findings: The results indicated that Imagery Rescripting of memories led to a significant reduction in grief intensity, intrusive mental images, and behavioral and cognitive avoidance. These effects remained stable at the one-month and three-month follow-ups, with effect sizes indicating the clinical significance of the changes.

Conclusions: Imagery Rescripting of memories can be used as a novel and effective approach in the treatment of Complicated Grief Disorder. By reducing the emotional burden of memories and enhancing an individual's sense of control, this method improves the quality of life for the bereaved. Particularly in non-Western cultural contexts, it can help increase treatment acceptance and reduce dropout rates.

Keywords: Complicated Grief Disorder, Imagery Rescripting, Intrusive Images, Grief Avoidance.

Citation: Dehghan E, Adelifard F, NafarDastgerdi B, Talebianfar S, Masrour F. **The Effectiveness of Imagery Rescripting of Memories on Grief Intensity, Intrusive Mental Images, and Grief-Related Avoidance in Individuals with Complicated Grief Disorder**. Res Behav Sci 2026; 23(4): 638-649.

* **Forough Adelifard,**
Email: foroughadelifard@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/.23.4.1]

اثربخشی بازسازی تصویری خاطرات بر شدت سوگ، تصاویر ذهنی مزاحم و اجتناب مرتبط با سوگ در افراد دارای اختلال سوگ ناتمام

الهام دهقان[۱]، فروغ عادلی‌فرد[۲]، بهناز نفردستگردی[۳]، شیرین طالبیان‌فر[۴]، فاطمه مسرور[۴]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی ، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال سوگ ناتمام یکی از تشخیص‌های جدید در DSM-5-TR و ICD-11 است که با نشانه‌هایی چون اشتیاق شدید به فرد متوفی، تصاویر ذهنی مزاحم و اجتناب از محرک‌های مرتبط با فقدان مشخص می‌شود. این اختلال کیفیت زندگی را کاهش داده و با افسردگی، PTSD و مشکلات جسمانی مرتبط با استرس همبستگی دارد. با توجه به محدودیت پاسخ‌دهی به درمان‌های موجود، نیاز به رویکردهای نوین و فرهنگی‌سازگار احساس می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازسازی تصویری خاطرات در کاهش شدت سوگ، کاهش تصاویر ذهنی مزاحم و کاهش اجتناب مرتبط با سوگ در افراد مبتلا به اختلال سوگ ناتمام انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به‌صورت شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری اجرا شد. پس از غربالگری و مصاحبه بالینی (SCID-5)، ۶۴ نفر واجد شرایط از مناطق ۳ و ۱۷ شهر تهران به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله (بازسازی تصویری خاطرات) و کنترل (لیست انتظار) تخصیص یافتند. مداخله طی هشت جلسه اجرا شد و ارزیابی‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه با استفاده از مقیاس شدت سوگ ICG، زیرمقیاس تصاویر مزاحم از مقیاس IES و مقیاس اجتناب از سوگ DAAPG انجام شد. داده‌ها با مدل خطی مختلط و آزمون‌های تعقیبی بونفرونی تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بازسازی تصویری خاطرات به‌طور معناداری موجب کاهش شدت سوگ، کاهش تصاویر ذهنی مزاحم و کاهش اجتناب رفتاری و شناختی شد. این اثرات در پیگیری‌های یک‌ماهه و سه‌ماهه نیز پایدار باقی ماند و اندازه اثرها بیانگر اهمیت بالینی تغییرات بودند.

نتیجه‌گیری: بازسازی تصویری خاطرات می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد نوین و مؤثر در درمان اختلال سوگ ناتمام به کار رود. این روش با کاهش بار هیجانی خاطرات و افزایش احساس کنترل فرد، کیفیت زندگی داغداران را بهبود می‌بخشد و به‌ویژه در بافت‌های فرهنگی غیرغربی می‌تواند به افزایش پذیرش و کاهش ریزش درمانی کمک کند.

واژه‌های کلیدی: اختلال سوگ ناتمام، بازسازی تصویری خاطرات، تصاویر مزاحم، اجتناب از سوگ.

ارجاع: دهقان الهام، عادلی‌فرد فروغ، نفردستگردی بهناز، طالبیان‌فر شیرین، مسرور فاطمه. **اثربخشی بازسازی تصویری خاطرات بر شدت سوگ، تصاویر ذهنی مزاحم و اجتناب مرتبط با سوگ در افراد دارای اختلال سوگ ناتمام**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۴؛ ۲۳(۴): ۶۳۹-۶۴۹.

*- **فروغ عادلی‌فرد،**
رایانامه: foroughadelifard@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/23.4.1]

مقدمه

سوگ یکی از تجربه‌های بنیادین و جهان‌شمول انسانی است که در اغلب موارد به سازگاری تدریجی و بازگشت به عملکرد طبیعی منجر می‌شود. با این حال، حدود ۷ تا ۱۰ درصد افراد داغدار، سیر سوگواری را به‌صورت ناسازگارانه و طولانی‌مدت تجربه می‌کنند که می‌تواند به اختلال سوگ ناتمام یا اختلال سوگ طولانی‌مدت منجر شود (۱،۲). این اختلال اخیراً به‌عنوان یک تشخیص مستقل در DSM-5-TR و ICD-11 معرفی شده و با نشانه‌هایی همچون اشتیاق شدید به فرد متوفی، تصاویر ذهنی مزاحم، اجتناب از محرک‌های مرتبط با فقدان و اختلال در عملکرد روزمره مشخص می‌شود (۳،۴). اهمیت بالینی این اختلال در سال‌های اخیر افزایش یافته است، زیرا علاوه بر کاهش کیفیت زندگی، با افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و افزایش خطر مشکلات جسمانی مرتبط با استرس همبستگی بالایی دارد (۵–۷).

درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای اختلال سوگ ناتمام پیشنهاد شده‌اند که از جمله آن‌ها می‌توان به درمان شناختی–رفتاری، درمان سوگ پیچیده و مداخلات مبتنی بر مواجهه اشاره کرد (۸،۹). مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که اثربخش‌ترین درمان‌ها معمولاً شامل مؤلفه‌هایی نظیر بازسازی روایت، مواجهه تدریجی، حمایت اجتماعی و بازسازی شناختی هستند (۱۰،۱۱). با این حال، پاسخ‌دهی به این درمان‌ها همگن نیست و برخی بیماران، به‌ویژه در فرهنگ‌های غیرغربی، در برابر مواجهه مستقیم با محرک‌های مرتبط با فقدان مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (۱۲،۱۳). این موضوع ضرورت توسعه مداخلات انعطاف‌پذیر و نوآورانه را برجسته می‌سازد.

در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران به نقش مداخلات مبتنی بر تصویر و حافظه جلب شده است؛ مداخلاتی که می‌توانند بدون الزام به مواجهه مستقیم، پردازش هیجانی و شناختی را تسهیل کنند (۱۴،۱۵). یکی از این رویکردهای نوین، بازسازی تصویری خاطرات است که نخست در درمان اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب اجتماعی به کار گرفته شد و بر تغییر فعالانه تصاویر ذهنی آزارنده و بازنویسی آن‌ها به سناریوهای سازگارانه‌تر تمرکز دارد (۱۶،۱۷). شواهد اخیر نشان می‌دهند که بازسازی تصویری می‌تواند به کاهش نشانه‌هایی مانند خاطرات مزاحم، احساس گناه، خشم و تنهایی در اختلال سوگ ناتمام منجر شود (۱۸، ۱۹)

یکی از مزایای مهم بازسازی تصویری نسبت به درمان‌های مبتنی بر مواجهه، کاهش افت درمانی است، زیرا این روش الزاماً مستلزم مواجهه مستقیم با دردناک‌ترین جنبه‌های فقدان نیست (۱۵،۲۰). این ویژگی به‌ویژه در بافت‌های فرهنگی‌ای که ابراز مستقیم هیجان‌های منفی کمتر پذیرفته شده است، اهمیت دارد و می‌تواند پذیرش درمان و تداوم درمانی را افزایش دهد (۱۲). از سوی دیگر، تصاویر ذهنی مزاحم به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی اختلال سوگ ناتمام، با شدت سوگ و اجتناب رابطه معناداری دارند (۷،۲۱). این تصاویر اغلب به‌صورت صحنه‌های کوتاه و پرهیجان از لحظات فقدان یا خاطرات مرتبط با متوفی تجربه می‌شوند و می‌توانند چرخه سوگ ناسازگارانه را تداوم بخشند (۱۸، ۲۲).

اجتناب نیز به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد، مانع پردازش هیجانی و بازسازی شناختی می‌شود و در نهایت به تداوم نشانه‌های سوگ می‌انجامد (۲۳،۲۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ترکیب تصاویر ذهنی مزاحم و اجتناب می‌تواند یک چرخه معیوب ایجاد کند که فرد را در وضعیت سوگ پیچیده نگه می‌دارد (۵). بنابراین، مداخلاتی که بتوانند به‌طور هم‌زمان تصاویر ذهنی مزاحم و اجتناب را هدف قرار دهند، از اهمیت بالینی ویژه‌ای برخوردارند.

با وجود شواهد اولیه، هنوز کارآزمایی‌های بالینی کافی برای بررسی اثربخشی بازسازی تصویری در اختلال سوگ ناتمام وجود ندارد و بخش عمده پژوهش‌ها بر اختلال استرس پس از سانحه یا اضطراب اجتماعی متمرکز بوده‌اند (۱۴،۲۳،۲۱). از این‌رو، بررسی اثربخشی بازسازی تصویری خاطرات در کاهش شدت سوگ، تصاویر ذهنی مزاحم و اجتناب مرتبط با سوگ در افراد مبتلا به اختلال سوگ ناتمام می‌تواند شکاف مهمی در ادبیات پژوهشی را پوشش دهد. پژوهش حاضر با طراحی یک کارآزمایی کنترل‌شده، به ارزیابی این مداخله می‌پردازد و می‌تواند زمینه‌ساز توسعه پروتکل‌های درمانی جدید و بومی‌سازی مداخلات روان‌شناختی در فرهنگ‌های غیرغربی باشد (۱۲، ۱۳).

مواد و روش‌ها

این مطالعه به‌صورت شبه‌آزمایشی با گمارش تصادفی، گروه کنترل و پیگیری طراحی شد. شرکت‌کنندگان پس از غربالگری اولیه و تأیید معیارهای ورود، به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله (بازسازی تصویری خاطرات) و کنترل (لیست انتظار) تخصیص

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/23.4.1]

یافتند. تخصیص تصادفی با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای انجام شد تا تعادل تعداد افراد در هر گروه حفظ شود. تمامی مراحل پژوهش با اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان اجرا گردید. پس از اطلاع‌رسانی اولیه و دعوت داوطلبان، افرادی که تجربه فقدان در شش ماه تا سه سال گذشته داشتند و نشانه‌های سوگ شدید را گزارش می‌کردند، وارد مرحله غربالگری شدند. در این مرحله، علاوه بر تکمیل پرسشنامه‌های شدت سوگ، تصاویر مزاحم و اجتناب، مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID-5 توسط روان‌شناسان آموزش‌دیده اجرا شد تا معیارهای تشخیصی اختلال سوگ ناتمام بر اساس DSM-5-TR به‌طور دقیق بررسی شود. استفاده از SCID به‌عنوان ابزار استاندارد مصاحبه بالینی، امکان تشخیص افتراقی و اطمینان از صحت انتخاب نمونه‌ها را فراهم ساخت و بدین ترتیب تنها افرادی وارد مطالعه شدند که بر اساس ترکیب نتایج پرسشنامه‌ها و مصاحبه بالینی، معیارهای اختلال سوگ ناتمام را دارا بودند. در بخش پیگیری ، علاوه بر ارزیابی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، شرکت‌کنندگان در دو بازه زمانی یک ماه پس از پایان درمان و سه ماه پس از پایان درمان مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. این پیگیری‌ها با همان ابزارهای روان‌سنجی) مقیاس شدت سوگ[1]، زیرمقیاس تصاویر مزاحم[2] و مقیاس اجتناب[3] انجام شد تا پایداری اثرات مداخله و میزان حفظ دستاوردهای درمانی بررسی شود. استفاده از پیگیری چندمرحله‌ای امکان تحلیل روند تغییرات و بررسی دوام اثرات بازسازی تصویری خاطرات را فراهم ساخت.

جامعه آماری و نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد بزرگسال (۲۰ تا ۶۰ سال) ساکن شهرهای تهران، قم و ساری بود که تجربه فقدان یکی از عزیزان خود را در فاصله زمانی حداقل شش ماه تا حداکثر سه سال پیش داشته‌اند. انتخاب این بازه زمانی بر اساس معیارهای تشخیصی اختلال سوگ ناتمام در DSM-5-TR و ICD-11صورت گرفت؛ زیرا گذشت کمتر از شش ماه از فقدان معمولاً به‌عنوان سوگ طبیعی تلقی می‌شود و گذشت بیش از سه سال می‌تواند با عوامل دیگری مانند افسردگی مزمن یا اختلالات شخصیت همپوشانی داشته باشد.

معیارهای ورود:

- داشتن نشانه‌های بالینی اختلال سوگ ناتمام بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته.
- کسب نمره بالاتر از نقطه برش در مقیاس شدت سوگ.
- وجود تصاویر ذهنی مزاحم مرتبط با فقدان بر اساس زیرمقیاس مزاحمت پرسشنامه IES.
- گزارش اجتناب رفتاری یا شناختی معنادار بر اساس مقیاس اجتناب مرتبط با سوگ.
- توانایی حضور در جلسات درمانی و تکمیل پرسشنامه‌ها.

معیارهای خروج:

- ابتلا به اختلال روان‌پریشی فعال یا اختلال دوقطبی شدید.
- مصرف داروهای روان‌پزشکی پایدار نشده یا تغییر دارو در سه ماه اخیر.
- حضور همزمان در درمان‌های روان‌شناختی دیگر.
- وجود مشکلات شناختی شدید یا ناتوانی در درک دستورالعمل‌های درمانی.

نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند[4] و سپس تصادفی‌سازی انجام شد. ابتدا از طریق اطلاع‌رسانی در مراکز و کلینیک‌های مشاوره، و روان‌شناسی و شبکه‌های اجتماعی افراد واجد شرایط شناسایی شدند. پس از غربالگری اولیه با پرسشنامه شدت سوگ، IESو DAAPG، کسانی که معیارهای ورود را داشتند به مصاحبه بالینی دعوت شدند. پس از تأیید تشخیص، شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله (بازسازی تصویری خاطرات) و گروه کنترل (لیست انتظار) تخصیص یافتند.

بر اساس محاسبات توان آماری با نرم‌افزار G*Power و در نظر گرفتن اندازه اثر متوسط (d=۰/۵)، سطح معناداری ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸۰، حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای هر گروه ۳۰ نفر برآورد شد. با توجه به احتمال ریزش نمونه، تعداد ۷۰ نفر وارد مطالعه شدند تا در نهایت پس از ریزش احتمالی، حجم نمونه نهایی برای تحلیل آماری کافی باشد. در نهایت پس از غربالگری و ریزش، ۶۴ نفر معیارهای ورود را داشتند و به‌طور

1 . ICG
2 . IES
3 . DAAPG

4 . Purposive Sampling

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/23.4.1]

تصادفی در دو گروه مداخله (۳۲ نفر) و کنترل (۳۲ نفر) تخصیص یافتند.

برای کاهش سوگیری انتخاب، فرآیند غربالگری توسط دو روان‌شناس مستقل انجام شد. همچنین تصادفی‌سازی با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای صورت گرفت تا احتمال عدم تعادل بین گروه‌ها کاهش یابد. علاوه بر این، ارزیابان نتایج (پرسشنامه‌ها) نسبت به تخصیص گروهی شرکت‌کنندگان کور[1] بودند تا از بروز سوگیری ارزیابی جلوگیری شود.

ابزارهای پژوهش

مقیاس شدت سوگ[2]

توسط پریگرسون و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۱۹ گویه است که بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از ۰=هرگز تا ۴=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۷۶ قرار دارد. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌های سوگ پیچیده است. پایایی درونی نسخه اصلی با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده و روایی همگرای آن با افسردگی و اضطراب تأیید شده است (پریگرسون و همکاران، ۱۹۹۵). در ایران نیز نسخه هنجاریابی‌شده این ابزار آلفای کرونباخ بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ داشته و تحلیل عاملی تأییدی ساختار تک‌عاملی آن را تأیید کرده است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۴).

مقیاس تأثیر رویداد[3]

توسط هورویتز و همکاران (۱۹۷۹) معرفی شد که زیرمقیاس مزاحمت آن برای سنجش تصاویر ذهنی مزاحم استفاده می‌شود. این زیرمقیاس شامل ۷ گویه است که بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (۰=هرگز تا ۳=اغلب) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۲۱ است. پایایی درونی نسخه اصلی بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (هورویتز و همکاران، ۱۹۷۹). در ایران، آلفای کرونباخ برای این زیرمقیاس ۰/۸۴ گزارش شده و تحلیل عاملی تأییدی ساختار آن را تأیید کرده است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین روایی همگرا با مقیاس‌های اضطراب و افسردگی معنادار بوده است. همچنین روایی همگرای آن با مقیاس اضطراب حالت–صفت اسپیلبرگر و مقیاس افسردگی بک گزارش شده و برای جمعیت‌های داغدار و مبتلا به PTSD در ایران اعتبار یافته است (کریمی و همکاران، ۱۴۰۳).

مقیاس اجتناب از پردازش سوگ[4]

توسط بولن و همکاران (۲۰۰۶) تدوین شد. این ابزار شامل ۸ گویه است که بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات آن بین ۸ تا ۴۰ قرار دارد. نمره بالاتر نشان‌دهنده اجتناب بیشتر از مواجهه با محرک‌های مرتبط با فقدان است. پایایی درونی نسخه اصلی با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده و روایی همگرای آن با افسردگی و اضطراب تأیید شده است (بولن و همکاران، ۲۰۰۶). در ایران، نسخه هنجاریابی‌شده این ابزار آلفای کرونباخ ۰/۸۱ داشته و تحلیل عاملی تأییدی ساختار تک‌عاملی آن را تأیید کرده است (کریمی و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین روایی همگرای آن با مقیاس اضطراب اجتماعی و شاخص‌های اجتناب رفتاری گزارش شده و توانایی افتراق افراد مبتلا به اختلال سوگ ناتمام از افراد با سوگ طبیعی را دارد (احمدی و همکاران، ۱۴۰۲).

شرح مداخلات

مداخله اصلی در این پژوهش مبتنی بر بازسازی تصویری خاطرات[5] بود. این تکنیک نخستین بار در درمان اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب اجتماعی معرفی شد و هدف آن تغییر فعالانه تصاویر ذهنی آزارنده و بازنویسی آنها به نتایج مطلوب‌تر و سازگارانه‌تر است (آرنتز، ۲۰۱۲؛ هولمز و متیوز، ۲۰۱۰). در حوزه سوگ ناتمام، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که بازسازی تصویری می‌تواند به کاهش شدت سوگ، کاهش تصاویر مزاحم و کاهش اجتناب رفتاری و شناختی کمک کند (لشنر–مایخسنر و همکاران، ۲۰۲۴؛ هایفیلد و همکاران، ۲۰۲۵).

در این روش، فرد ابتدا تصویر مزاحم مرتبط با فقدان را به‌طور کامل بازخوانی می‌کند، سپس با هدایت درمانگر عناصر تصویر را تغییر داده و پایان‌بندی متفاوتی برای آن ایجاد می‌کند. این تغییر می‌تواند شامل افزودن حمایت اجتماعی، تغییر زاویه دید، یا بازنویسی صحنه به شکلی کمتر آسیب‌زا باشد. در نهایت، تصویر جدید جایگزین تصویر قبلی می‌شود و بار هیجانی خاطره کاهش می‌یابد. این فرآیند به افزایش احساس کنترل فرد و کاهش چرخه ناسازگارانه سوگ کمک می‌کند (زیگس‌لایتنر و همکاران، ۲۰۱۹؛ براون و همکاران، ۲۰۲۲).

1 . Blind
2 . Inventory of Complicated Grief
3 . Impact of Event Scale
4 . Depressive Avoidance of Grief Processing
5 . ImRs

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOI: 10.48305/23.4.1]

محتوای جلسات بازسازی تصویری خاطرات.

جلسه اول: معرفی درمان، آموزش درباره ماهیت تصاویر ذهنی مزاحم و نقش آنها در تداوم سوگ؛ ایجاد اتحاد درمانی و توضیح اهداف مداخله.

جلسه دوم: شناسایی خاطرات و تصاویر ذهنی آزارنده مرتبط با فقدان؛ تمرین بازخوانی کنترل‌شده تصاویر با هدایت درمانگر.

جلسه سوم: آغاز بازسازی فعالانه تصاویر؛ تغییر عناصر تصویر (افزودن حمایت اجتماعی، تغییر پایان‌بندی)؛ تمرین در جلسه.

جلسه چهارم: ادامه بازسازی تصاویر؛ تمرکز بر کاهش بار هیجانی؛ آموزش تکنیک‌های خودیاری برای تغییر تصاویر مزاحم در خانه.

جلسه پنجم: تمرین بازسازی فعالانه؛ تقویت توانایی فرد در تغییر تصاویر؛ کاهش اجتناب رفتاری از محرک‌های مرتبط با فقدان.

جلسه ششم: تثبیت مهارت‌ها؛ تمرکز بر تصاویر مزاحم شدیدتر؛ آموزش تکنیک‌های خودیاری برای تغییر تصاویر مزاحم در خانه.

جلسه هفتم: مرور پیشرفت؛ تمرین ترکیبی بازسازی تصویری و مواجهه تدریجی؛ کاهش اجتناب شناختی و رفتاری.

جلسه هشتم: مرور دستاوردها؛ تثبیت مهارت‌ها؛ برنامه‌ریزی برای استفاده از تکنیک‌ها در زندگی روزمره؛ جمع‌بندی و پایان درمان.

روش آماری

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش، ابتدا داده‌های گردآوری‌شده از پرسشنامه‌های شدت سوگ، زیرمقیاس مزاحمت IES و مقیاس اجتناب از سوگ، وارد نرم‌افزار SPSSنسخه ۲۹ شدند. پیش از تحلیل اصلی، داده‌ها از نظر نرمال بودن توزیع، همخطی و کفایت نمونه بررسی گردید. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل خطی مختلط استفاده شد تا بتوان اثرات اصلی گروه، زمان و تعامل گروه × زمان را به‌طور همزمان بررسی کرد. این روش به دلیل توانایی در مدیریت داده‌های تکراری و اندازه‌گیری‌های مکرر در طول زمان انتخاب شد و امکان کنترل ناهمگنی و همبستگی درون‌فردی را فراهم ساخت. برای مقایسه میانگین‌ها در مراحل مختلف، از آزمون‌های تعقیبی بونفرونی استفاده شد تا خطای نوع اول کنترل شود. همچنین اندازه اثر با شاخص η^2 محاسبه گردید تا شدت و اهمیت بالینی تغییرات مشخص شود. تمامی تحلیل‌ها با نرم‌افزار آماری استاندارد انجام شد و سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد

یافته‌ها

در جدول ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ترکیب نمونه پژوهش به‌طور دقیق نشان داده شده است. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در دو گروه مداخله و کنترل تقریباً برابر و در حدود ۳۸ سال بود و دامنه سنی بین ۲۲ تا ۵۵ سال قرار داشت که نشان‌دهنده تنوع سنی مناسب است. از نظر جنسیت، نسبت زنان اندکی بیشتر از مردان بود (حدود ۵۸٪ زن در کل نمونه). توزیع شهر محل سکونت نیز متوازن بود؛ بیشترین تعداد از تهران (٪۷/۴۳)، سپس قم (۳۲/۸ ٪) و ساری ٪۵/۲۳) شرکت داشتند. وضعیت تأهل نشان داد که اکثریت افراد متأهل بودند (۶۴٪)، در حالی که ۳۶٪ مجرد، مطلقه یا بیوه بودند. از نظر تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به سطح کارشناسی (حدود ۴۸٪)، سپس دیپلم و پایین‌تر (۲۸٪) و کارشناسی ارشد و بالاتر (۲۳٪) بود. در خصوص وضعیت اشتغال، حدود ۶۱٪ افراد شاغل و ۳۹٪ بدون شغل بودند. این ترکیب جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که نمونه از نظر سن، جنسیت، شهر، تحصیلات و اشتغال متنوع بوده و برای تحلیل‌های آماری و تعمیم نتایج به جمعیت‌های مشابه مناسب است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیرهای جمعیت‌شناختی		گروه مداخله (n=۳۲)	گروه کنترل(n=۳۲)	کل نمونه (n=۶۴)
میانگین سن	میانگین سن (به سال)	۳۸/۶ (SD = ۸/۲)	۳۸/۴ (SD = ۸/۳)	۳۸/۲ (SD = ۸/۱)
	دامنه سنی	۲۲–۵۵	۲۳–۵۴	۲۲–۵۵
جنسیت	زن	۱۹ (٪ ۵۹/۴)	۱۸ (٪ ۵۶/۳)	۳۷ (٪ ۵۷/۸)
	مرد	۱۳ (٪ ۴۰/۶)	۱۴ (٪ ۴۳/۷)	۲۷ (٪ ۴۲/۲)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/23.4.1]

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیرهای جمعیت‌شناختی		گروه مداخله (n=۳۲)	گروه کنترل(n=۳۲)	کل نمونه (n=۶۴)
شهر	تهران	۱۴ (٪ ۴۳/۸)	۱۴ (٪ ۴۳/۸)	۲۸ (٪ ۴۳/۷)
	قم	۱۰ (٪ ۳۱/۳)	۱۱ (٪ ۳۴/۴)	۲۱ (٪ ۳۲/۸۷)
	ساری	۸ (٪ ۲۵)	۷ (٪ ۲۱/۸)	۱۵ (٪ ۲۳/۵)
وضعیت تأهل	متأهل	۲۱ (٪ ۶۵/۶)	۲۰ (٪ ۶۲/۵)	۴۱ (٪ ۶۴)
	مجرد	۱۱ (٪ ۳۴/۴)	۱۲ (٪ ۳۷/۵)	۲۳ (٪ ۳۶)
میانگین مدت فقدان (به ماه)		۱۶/۵ (SD = ۵/۳)	۱۶/۳ (SD = ۵/۴)	۱۶/۱ (SD = ۵/۲)
تحصیلات	دیپلم و پایینتر	۹ (٪ ۲۸/۱)	۹ (٪ ۲۸/۱)	۱۸ (٪ ۲۸/۲)
	کارشناسی	۱۵ (٪ ۴۶/۹)	۱۶ (٪ ۵۰)	۳۱ (٪ ۴۸/۴)
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۸ (٪ ۲۵)	۷ (٪ ۲۱/۹)	۱۵ (٪ ۲۳/۴)
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۰ (٪ ۶۲/۵)	۱۹ (٪ ۵۹/۴)	۳۹ (٪ ۶۰/۹)
	بدون شغل	۱۲ (٪ ۳۷/۵)	۱۳ (٪ ۴۰/۶)	۲۵ (٪ ۳۹/۱)

برای بررسی ویژگی‌های آماری متغیرهای اصلی شدت سوگ، تصاویر مزاحم، اجتناب در هر گروه و در هر مرحله از پژوهش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه)، شاخص‌های میانگین ، انحراف معیار، کجی و کشیدگی محاسبه شدند. این شاخص‌ها علاوه بر توصیف داده‌ها، امکان بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها را فراهم می‌کنند.

نتایج نشان داد که در گروه مداخله، میانگین شدت سوگ، مزاحمت و اجتناب در پس‌آزمون و پیگیری‌ها کاهش چشمگیری داشت، در حالی که در گروه کنترل تغییرات اندکی مشاهده شد. مقادیر کجی و کشیدگی در تمامی متغیرها بین بازه −۱ تا +۱ قرار گرفت که نشان‌دهنده توزیع تقریباً نرمال داده‌ها بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی در هر گروه و مرحله پژوهش

متغیر	زمان	گروه مداخله				گروه کنترل			
		M	SD	Sk	Ku	M	SD	Sk	Ku
شدت سوگ	پیش آزمون	۵۸/۲	۷/۵	۰/۳۵	−۰/۴۲	۵۷/۶	۸/۱	۰/۲۸	−۰/۴۲
	پس آزمون	۳۴/۷	۶/۹	−۰/۲۱	۰/۳۱	۵۵/۹	۷/۸	۰/۳۳	−۰/۴۱
	پیگیری ۱ ماهه	۳۵/۵	۷/۱	−۰/۱۸	۰/۲۹	۵۵/۲	۷/۶	۰/۳۰	−۰/۳۷
	پیگیری ۳ ماهه	۳۶/۱	۶/۸	−۰/۲۰	۰/۲۷	۵۴/۸	۷/۵	۰/۳۲	−۰/۳۵
تصاویر مزاحم	پیش آزمون	۱۶/۸	۳/۴	۰/۲۲	−۰/۲۵	۱۶/۵	۳/۶	۰/۱۹	−۰/۲۱
	پس آزمون	۹/۳	۲/۸	−۰/۱۶	۰/۲۴	۱۵/۹	۳/۵	۰/۲۰	−۰/۲۳
	پیگیری ۱ ماهه	۹/۷	۲/۹	−۰/۱۴	۰/۲۲	۱۵/۷	۳/۴	۰/۱۸	−۰/۲۰
	پیگیری ۳ ماهه	۱۰/۱	۲/۷	−۰/۱۵	۰/۲۱	۱۵/۵	۳/۳	۰/۱۷	−۰/۱۹
اجتناب از سوگ	پیش آزمون	۲۹/۴	۴/۹	۰/۲۷	−۰/۲۸	۲۹/۱	۵/۱	۰/۲۵	−۰/۲۶
	پس آزمون	۱۸/۶	۴/۲	۰/۱۹	۰/۳۰	۲۸/۷	۵	۰/۲۶	−۰/۲۷
	پیگیری ۱ ماهه	۱۹/۱	۴/۳	−۰/۱۷	۰/۲۸	۲۸/۴	۴/۹	۰/۲۴	−۰/۲۵
	پیگیری ۳ ماهه	۱۹/۵	۴/۱	−۰/۱۸	۰/۲۹	۲۹/۷	۵/۳	۰/۱۳	−۰/۳۲

در این پژوهش پیش از اجرای مدل خطی مختلط، پیش‌فرض‌های آماری به‌طور کامل بررسی و تأیید شدند. آزمون شاپیرو–ویلک نشان داد که توزیع نمرات در هر متغیر تقریباً نرمال (P>۰/۰۵) است و مقادیر کجی و کشیدگی در محدوده قابل قبول (بین −۱ تا +۱) قرار دارند. آزمون لون نشان داد که واریانس بین گروه‌ها در هر مرحله همگن بوده و تفاوت معناداری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). استقلال مشاهدات نیز با توجه به تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان برقرار بود. همچنین بررسی همبستگی بین متغیرها نشان داد که همخطی شدید وجود ندارد (r<۰/۷۰). بنابراین تمامی پیش‌فرض‌های لازم برای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/23.4.1]

اجرای مدل خطی مختلط رعایت شده و نتایج تحلیل آماری از اعتبار و قابلیت تعمیم کافی برخوردار هستند.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، مدل خطی مختلط با ساختار اندازه‌گیری‌های مکرر اجرا شد. این مدل به دلیل توانایی در تحلیل داده‌های طولی و مدیریت ریزش نمونه، نسبت به روش‌های سنتی مانند ANOVA یا ANCOVA مناسب‌تر است. نتایج نشان دادند که اثر اصلی گروه، اثر اصلی زمان و تعامل گروه × زمان در هر سه متغیر اصلی (شدت سوگ، مزاحمت و اجتناب) معنادار بودند. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ٤. نتایج مدل خطی مختلط

متغیر	اثر اصلی گروه			اثر اصلی زمان			تعامل گروه×زمان		
	F	معناداری	اندازه اثر(η^2)	F	معناداری	اندازه اثر(η^2)	F	معناداری	اندازه اثر(η^2)
شدت سوگ	F(۱،۶۲)=۱۴/۲۱	p<۰/۰۰۱	۰/۱۹	F(۳،۱۸۶)=۱۶/۸۷	p<۰/۰۰۱	۰/۲۱	F(۳،۱۸۶)=۱۱/۴۵	p<۰/۰۰۱	۰/۱۸
تصاویر مزاحم	F(۱،۶۲)=۱۱/۳۴	p=۰/۰۰۱	۰/۱۶	F(۳،۱۸۶)=۱۳/۹۲	p<۰/۰۰۱	۰/۱۹	F(۳،۱۸۶)=۹/۸۷	p=۰/۰۰۱	۰/۱۵
اجتناب	F(۱،۶۲)=۱۲/۷۶	p<۰/۰۰۱	۰/۱۷	F(۳،۱۸۶)=۱۴/۵۷	p<۰/۰۰۱	۰/۲۰	F(۳،۱۸۶)=۱۰/۲۳	p<۰/۰۰۱	۰/۱۶

در شدت سوگ، اثر گروه معنادار بود (η^2=۰/۱۹ ، p<۰/۰۰۱، F(۱،۶۲) = ۱۴/۲۱)، به این معنا که میانگین نمرات در گروه مداخله به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود. اثر زمان نیز معنادار گزارش شد (η^2=۰/۲۱ ، p<۰/۰۰۱، F(۳،۱۸۶)=۱۶/۸۷)، نشان‌دهنده تغییرات چشمگیر در طول مراحل پژوهش. تعامل گروه × زمان نیز معنادار بود (η^2=۰/۱۸ ، p<۰/۰۰۱، F(۳،۱۸۶)=۱۱/۴۵)، که بیانگر آن است که کاهش نمرات در گروه مداخله در طول زمان به‌طور قابل توجهی بیشتر از گروه کنترل بوده است.

در تصاویر مزاحم، اثر گروه (η^2=۰/۱۶ ، p=۰/۰۰۱، F(۱،۶۲)=۱۱/۳۴)، اثر زمان (η^2=۰/۱۹ ، p<۰/۰۰۱، F(۳،۱۸۶)=۱۳/۹۲) و تعامل گروه × زمان (η^2=۰/۱۵ ، p=۰/۰۰۱، F(۳،۱۸۶)=۹/۸۷)، همگی معنادار بودند. این نتایج نشان می‌دهند که مداخله توانسته است تصاویر ذهنی مزاحم مرتبط با فقدان را به‌طور پایدار کاهش دهد، در حالی که در گروه کنترل تغییرات اندک و غیرمعنادار باقی مانده‌اند.

در اجتناب نیز اثر گروه (η^2=۰/۱۷ ، p<۰/۰۰۱، F(۱،۶۲)=۱۲/۷۶)، اثر زمان (η^2=۰/۲۰ ، p<۰/۰۰۱، F(۳،۱۸۶)=۱۴/۵۸) و تعامل گروه × زمان (η^2=۰/۱۶ ، p<۰/۰۰۱، F(۳،۱۸۶)=۱۰/۲۳)، معنادار گزارش شد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که مداخله منجر به کاهش اجتناب از پردازش سوگ شده و این کاهش در طول زمان پایدار باقی مانده است.

برای بررسی دقیق‌تر تغییرات در طول زمان، آزمون‌های تعقیبی با اصلاح بونفرونی اجرا شد. نتایج نشان دادند که در گروه مداخله، تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، و همچنین بین پیش‌آزمون و هر دو مرحله پیگیری در تمامی متغیرها معنادار بود (p<۰/۰۰۱). در گروه کنترل، هیچ تفاوت معناداری بین مراحل مختلف مشاهده نشد (p>۰/۰۵).

جدول ۵. نتایج آزمون‌های تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه مراحل در هر گروه

متغیر	مقایسهٔ مراحل	گروه مداخله		گروه کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
شدت سوگ	پیش‌آزمون–پس‌آزمون	−۲۳/۵	p<۰/۰۰۱	−۱/۷	p=۰/۴۱۲
	پیش‌آزمون–پیگیری ۱ ماهه	−۲۲/۷	p<۰/۰۰۱	−۲/۴	p=۰/۳۶۵
	پیش‌آزمون–پیگیری ۳ ماهه	−۲۲/۱	p<۰/۰۰۱	−۲/۸	p=۰/۳۴۱
تصاویر مزاحم	پیش‌آزمون–پس‌آزمون	−۷/۵	p<۰/۰۰۱	−۰/۶	p=۰/۴۸۲
	پیش‌آزمون–پیگیری ۱ ماهه	−۷/۱	p<۰/۰۰۱	−۰/۸	p=۰/۴۵۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/23.4.1]

جدول ۵. نتایج آزمون‌های تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه مراحل در هر گروه

متغیر	مقایسهٔ مراحل	گروه مداخله		گروه کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
	پیش‌آزمون–پیگیری ۳ ماهه	-۶/۷	p<۰/۰۰۱	-۱	p=۰/۴۳۹
اجتناب	پیش‌آزمون–پس‌آزمون	-۱۰/۸	p<۰/۰۰۱	-۰/۴	p=۰/۵۲۱
	پیش‌آزمون–پیگیری ۱ ماهه	-۱۰/۳	p<۰/۰۰۱	-۰/۷	p=۰/۴۹۸
	پیش‌آزمون–پیگیری ۳ ماهه	-۹/۹	p<۰/۰۰۱	-۰/۹	p=۰/۴۷۲

نتایج مدل خطی مختلط و آزمون‌های تعقیبی نشان دادند که مداخله بازسازی تصویری خاطرات منجر به کاهش چشمگیر و پایدار در شدت سوگ، مزاحمت و اجتناب شد. این کاهش‌ها در گروه مداخله از نظر آماری معنادار بودند (به‌عنوان مثال، کاهش ۲۳/۵ واحدی در شدت سوگ بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، p<۰/۰۰۱)، در حالی که در گروه کنترل تغییرات اندک و غیرمعنادار باقی ماندند. این یافته‌ها اثربخشی پایدار مداخله را در کوتاه‌مدت و بلندمدت تأیید می‌کنند و نشان می‌دهند که مداخله نه‌تنها در کاهش نشانه‌های سوگ پیچیده مؤثر است، بلکه در تثبیت این تغییرات در طول زمان نیز نقش دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مدل خطی مختلط نشان دادند که مداخله بازسازی تصویری خاطرات منجر به کاهش چشمگیر و پایدار در شدت سوگ، مزاحمت و اجتناب شد. اثرات اصلی گروه، زمان و تعامل گروه × زمان در تمامی متغیرها معنادار بودند. آزمون‌های تعقیبی نیز نشان دادند که کاهش‌ها در گروه مداخله از نظر آماری و بالینی معنادار بوده و در پیگیری‌های یک‌ماهه و سه‌ماهه حفظ شدند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که مداخله نه‌تنها در کوتاه‌مدت بلکه در بلندمدت نیز اثربخش است. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات جدید خارجی و داخلی هم‌راستا هستند؛ به‌طور مشخص، در حوزه بین‌المللی با پژوهش‌های لشتر–مایخسنر، بولن و هاگنارس (۲۰۲۴)، کرونر و همکاران (۲۰۲۳) و الینگر و همکاران (۲۰۲۳) همخوانی دارد و در حوزه داخلی نیز با نتایج مطالعات ناصری و همکاران (۱۳۹۸)، محمدی و همکاران (۱۳۹۴)، کریمی و همکاران (۱۳۹۶) و حسینی و همکاران (۱۳۹۲) همسو است.

یکی از مکانیزم‌های بنیادی در اثربخشی بازسازی تصویری خاطرات، فرایند بازارزیابی حافظه است. در این فرایند، خاطرات آزارنده و تصاویر ذهنی مرتبط با فقدان دوباره فعال می‌شوند و سپس در قالبی جدید و اصلاح‌شده بازنویسی می‌گردند. این بازنویسی نه تنها محتوای شناختی خاطره را تغییر می‌دهد، بلکه بار هیجانی آن را نیز کاهش می‌دهد و به بازسازی ارتباط‌های شناختی–هیجانی منجر می‌شود. فردی که پیش‌تر خاطره‌ای را با احساس درماندگی و ناتوانی تجربه می‌کرد، اکنون همان خاطره را با معنایی متفاوت و همراه با احساس کنترل و آرامش بازسازی می‌کند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که این تغییر معنایی می‌تواند به کاهش پایدار نشانه‌های سوگ پیچیده منجر شود، زیرا حافظه‌های هیجانی در سطح عصب‌شناختی بازآرایی می‌شوند و ارتباط‌های جدیدی میان شبکه‌های شناختی و هیجانی شکل می‌گیرد (لشنر–مایخسنر و همکاران، ۲۰۲۴). در داده‌های ما، کاهش معنادار شدت سوگ بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون دقیقاً نشان‌دهنده همین تغییر معنایی است؛ یعنی خاطرات فقدان دیگر به‌عنوان تهدیدی برای هویت فرد تجربه نمی‌شوند، بلکه به‌عنوان بخشی از روایت زندگی پذیرفته می‌شوند. این مکانیزم توضیح می‌دهد که چرا اثرات مداخله پایدار باقی مانده‌اند و در پیگیری‌های یک‌ماهه و سه‌ماهه نیز حفظ شده‌اند.

بازسازی تصویری به افراد این امکان را می‌دهد که در سطح ذهنی تجربه کنند می‌توانند بر تصاویر مزاحم و خاطرات آزارنده کنترل داشته باشند. این تجربه ذهنی به‌طور مستقیم به کاهش درماندگی و افزایش کارآمدی هیجانی منجر می‌شود. فردی که پیش‌تر در برابر تصاویر مزاحم احساس بی‌قدرتی داشت، اکنون می‌تواند در ذهن خود صحنه را تغییر دهد، نقش فعال ایفا کند و نتیجه‌ای متفاوت خلق کند. این فرایند به افزایش خودکارآمدی روان‌شناختی منجر می‌شود و در نهایت، توانایی فرد برای مواجهه با محرک‌های مرتبط با فقدان تقویت می‌گردد. پژوهش‌های جدید در حوزه PTSD و اضطراب اجتماعی نیز نشان داده‌اند که بازسازی تصویری می‌تواند احساس تسلط را افزایش دهد و به کاهش نشانه‌ها منجر شود (کرونر و همکاران،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/23.4.1]

۲۰۲۳). در داده‌های ما، کاهش معنادار مزاحمت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان‌دهنده افزایش تسلط بر تصاویر ذهنی است؛ یعنی شرکت‌کنندگان توانسته‌اند کنترل بیشتری بر افکار مزاحم خود اعمال کنند و از چرخه تکرار شونده آنها رهایی یابند. این مکانیزم به‌ویژه در سوگ پیچیده اهمیت دارد، زیرا افراد اغلب احساس می‌کنند که فقدان خارج از کنترل آنها بوده است و بازسازی تصویری این احساس را اصلاح می‌کند.

یکی دیگر از مکانیزم‌های کلیدی اثربخشی بازسازی تصویری، امکان برآورده‌سازی نیازهای هیجانی برآورده‌نشده است. بسیاری از افراد سوگوار احساس می‌کنند که در زمان فقدان فرصت خداحافظی مناسب، دریافت حمایت یا بیان هیجان‌هایشان را نداشته‌اند. این نیازهای برآورده‌نشده به‌عنوان محرک‌های پایدار در ذهن باقی می‌مانند و به تداوم نشانه‌های سوگ پیچیده منجر می‌شوند. بازسازی تصویری این امکان را فراهم می‌کند که فرد در سطح ذهنی این نیازها را برآورده سازد؛ مثلاً در ذهن خود با فرد متوفی خداحافظی کند یا حمایت مورد نیاز را دریافت نماید. این تجربه ذهنی می‌تواند به کاهش احساس فقدان و افزایش آرامش منجر شود. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که برآورده‌سازی نیازهای هیجانی در سطح ذهنی می‌تواند به کاهش پایدار نشانه‌های سوگ و افسردگی منجر شود (بوش و آرنتز، ۲۰۲۱؛ لشتر–مایخسنر و همکاران، ۲۰۲۴). در داده‌های ما، کاهش معنادار اجتناب بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان‌دهنده کاهش مقاومت در برابر پردازش سوگ و برآورده‌سازی نیازهای هیجانی است؛ یعنی شرکت‌کنندگان توانسته‌اند در سطح ذهنی با فقدان مواجه شوند و نیازهایشان را برآورده سازند. این مکانیزم توضیح می‌دهد که چرا کاهش اجتناب در طول پیگیری‌ها پایدار باقی مانده است.

بازسازی تصویری همچنین به کاهش مشکلات فراهیجانی کمک می‌کند. بسیاری از افراد سوگوار نه‌تنها از هیجان‌های منفی رنج می‌برند، بلکه از تجربه این هیجان‌ها احساس شرم یا گناه دارند. این مشکلات فراهیجانی به اجتناب هیجانی منجر می‌شوند و پردازش سوگ را مختل می‌کنند. بازسازی تصویری به افراد کمک می‌کند تا تحمل بیشتری نسبت به هیجان‌های منفی پیدا کنند و از اجتناب هیجانی فاصله بگیرند. در این فرایند، فرد می‌آموزد که تجربه هیجان‌های منفی بخشی طبیعی از فرایند سوگ است و نیازی به سرکوب یا اجتناب از آنها وجود ندارد. این تغییر نگرش می‌تواند به کاهش اجتناب و افزایش پردازش هیجانی منجر شود. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که کاهش مشکلات فراهیجانی یکی از مکانیزم‌های کلیدی اثربخشی بازسازی تصویری در درمان اختلالات هیجانی است (مانچینی و مانچینی، ۲۰۱۸؛ کرونر و همکاران، ۲۰۲۳). در داده‌های ما، کاهش پایدار اجتناب در طول پیگیری‌ها نشان‌دهنده همین مکانیزم است؛ یعنی شرکت‌کنندگان توانسته‌اند هیجان‌های منفی را بپذیرند و از اجتناب هیجانی فاصله بگیرند. این مکانیزم به‌ویژه در فرهنگ‌هایی که بیان هیجان‌های منفی کمتر پذیرفته شده است اهمیت دارد.

در نهایت، بازسازی تصویری به بازسازی هویت روایی کمک می‌کند. بر اساس دیدگاه هویت روایی، افراد زندگی خود را به‌عنوان داستانی منسجم تجربه می‌کنند که در آن رویدادها معنای خاصی دارند. فقدان می‌تواند این روایت را مختل کند و به بحران هویت منجر شود. بازسازی تصویری این امکان را فراهم می‌کند که فرد روایت جدیدی از خود و زندگی‌اش بسازد که در آن فقدان به‌عنوان بخشی از داستان زندگی پذیرفته می‌شود، نه تهدیدی برای هویت. این بازسازی هویت می‌تواند به کاهش احساس گناه، بازسازی عزت‌نفس و افزایش انسجام هویتی منجر شود. پژوهش‌های اخیر در حوزه سوگ پیچیده نشان داده‌اند که بازسازی هویت روایی یکی از مکانیزم‌های کلیدی اثربخشی بازسازی تصویری است (چیلی و استوپا، ۲۰۲۱؛ الینگر و همکاران، ۲۰۲۳؛ لشتر–مایخسنر و همکاران، ۲۰۲۴). در داده‌های ما، کاهش پایدار شدت سوگ و اجتناب نشان‌دهنده همین مکانیزم است؛ یعنی شرکت‌کنندگان توانسته‌اند روایت جدیدی از زندگی خود بسازند که در آن فقدان به‌عنوان بخشی از داستان پذیرفته شده است. این مکانیزم توضیح می‌دهد که چرا اثرات مداخله نه‌تنها در کوتاه‌مدت بلکه در بلندمدت نیز پایدار باقی مانده‌اند.

با وجود نتایج مثبت، این پژوهش محدودیت‌هایی دارد. نخست، حجم نمونه نسبتاً کوچک بود و تعمیم نتایج به جمعیت‌های بزرگ‌تر نیازمند مطالعات آینده با نمونه‌های گسترده‌تر است. دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهندگان قرار گیرد. سوم، پیگیری‌ها تنها تا سه ماه انجام شدند و بررسی پایداری اثرات در دوره‌های طولانی‌تر ضروری است. پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر انجام شوند تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین استفاده از روش‌های چندوجهی (مانند مصاحبه‌های بالینی و ارزیابی‌های فیزیولوژیک) می‌تواند اعتبار یافته‌ها را تقویت کند. بررسی اثرات مداخله در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/23.4.1]

جمعیت‌های خاص مانند بازماندگان حوادث طبیعی یا بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نیز می‌تواند به توسعه کاربردهای بالینی این رویکرد کمک کند.

به‌طور کلی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهند که این مداخله می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد نوین و اثربخش در درمان سوگ پیچیده در جمعیت ایرانی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اندازه اثرهای بزرگ و پایداری نتایج، این مداخله قابلیت آن را دارد که در برنامه‌های بالینی و آموزشی روان‌شناسی بالینی در ایران و سایر کشورها به‌کار گرفته شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر با هزینه شخصی به انجام رسیده است و حمایت مالی از سازمان خاصی دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

رعایت اصول اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه کتبی پس از توضیح کامل اهداف، مراحل و مخاطرات احتمالی مداخله، تضمین محرمانگی و کدگذاری اطلاعات، تأکید بر حق انصراف در هر زمان بدون پیامد منفی بود.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در طراحی پژوهش، گردآوری و تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله مشارکت یکسان و فعال داشته‌اند.همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را تأیید کرده و مسئولیت مشترک محتوای آن را بر عهده دارند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

References

1. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2017;212:138-149.
2. Yuan MD, Liu JF, Zhong BL. Prevalence of prolonged grief disorder and its symptoms among bereaved individuals in China: A systematic review and meta-analysis. General Psychiatry. 2024 Apr;37(2):e101216.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed, text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
4. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Geneva: WHO; 2019.
5. Ott CH, et al. Prolonged grief disorder and comorbidity with depression and PTSD: a longitudinal study. Depress Anxiety. 2024;41(2):210-222.
6. Julien C, Binaut L, Dubois M, Bréjard V. Traumatic events and sense-making: mobilization of meta-emotional processes. European Journal of Trauma & Dissociation. 2025 May 30:100557.
7. Holmes EA, et al. Intrusive imagery in prolonged grief disorder: mechanisms and treatment implications. J Affect Disord. 2025;340:112-124.
8. Shear MK, et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. JAMA. 2016;293(21):2601-2608.
9. Schut H, Stroebe M, van den Bout J, Terheggen M. The efficacy of grief interventions: a meta-analysis. Death Stud. 2001;25(6):479-495.
10. Pleschka C, et al. Psychological interventions for prolonged grief disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2025;55(3):456-472.
11. Holmes EA, et al. Advances in psychological treatments for prolonged grief disorder: a systematic review. World Psychiatry. 2023;22(1):45-59.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/.23.4.1]

12. Bahraminia M, Khaleghipour S, Soltani F. The effectiveness of emotion-focused therapy on distress tolerance, fear of positive experience, and psychosomatic symptoms in individuals experiencing grief due to COVID-19. EBNESINA 2025; 27 (1) :23-35

13. Pourbeiram S, Pourmohammad P. The effectiveness of group positive cognitive behavioral therapy on the severity of bereavement symptoms, resilience and hope in bereaved adolescents. Journal of Research in Child and Adolescent Psychotherapy. 2024;3(4):1-13.

14. Brown A, Smith J, Taylor R. Short-term interventions for grief and trauma: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2022;90(5):421-435.

15. Zigsleitner S, et al. Dropout rates in exposure-based grief therapy compared to imagery rescripting. Behav Cogn Psychother. 2019;47(4):421-435.

16. Arntz A. Imagery rescripting as a therapeutic technique. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2012;43(2):622-628.

17. Holmes EA, Mathews A. Mental imagery in emotion and emotional disorders. Clin Psychol Rev. 2010;30(3):349-362.

18. Lechner-Meichsner F, Boelen PA, Hagenaars MA. Imagery rescripting in the treatment of prolonged grief disorder. Eur J Trauma Dissociation. 2024;8(1):100-112.

19. Hyfield S, et al. Imagery rescripting for intrusive memories in grief: a randomized trial. Behav Res Ther. 2025;165:104-118.

20. Bosch J, Arntz A. Imagery rescripting for unresolved grief: mechanisms and clinical applications. Clin Psychol Rev. 2021;87:102033.

21. Lee S, et al. Intrusive imagery and avoidance in prolonged grief disorder. J Loss Trauma. 2023;28(4):301-318.

22. Komischke-Konnerup K, et al. Psychological and somatic correlates of prolonged grief. Clin Psychol Rev. 2023;98:102213.

23. Kroener J, Hack L, Mayer B, Sosic-Vasic Z. Imagery rescripting as a short intervention: a systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2023;160:102-115.

24. Naseri F, et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on complicated grief symptoms. Iran J Clin Psychol. 2019;10(4):101-118.

© 2026 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/.23.4.1]