

Effectiveness of Online Group Therapy based on Emotional Schema Therapy on Distress Tolerance and Cognitive Emotion Regulation on University Students with Adjustment Disorder due to Romantic Break-up

Ariana Kia, E., Rahimi Taghanaki, *Ch., Mohammadi, N.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of online emotional schema therapy on distress tolerance and cognitive emotion regulation in university students with adjustment disorder due to romantic break-ups.

Method: By a randomized controlled trial design, among students of 4 universities with romantic break-up experiences in the 2020 year, applying an online procedure a final sample of 30 participants was selected and divided randomly into two equal groups. Participants were in the 18 to 38 age range. After filling out the demographic information questionnaires, Adjustment Disorder New Model and the DSM-5 diagnostic interview, participants were accepted into the sample based on a purposeful sampling. The experimental group received emotional schema therapy for 10 sessions and the control group remained on the waiting list. Participants completed the distress tolerance scale (DTS) and cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ) in three stages of the study.

Results: Results of a mixed analysis of variance showed a significant difference ($P < 0/05$) between the post-test scores of the experimental and control groups in the distress tolerance and cognitive emotion regulation strategies variables.

Conclusion: The results of this study suggest that online group therapy based on emotional schema therapy can reduce the symptoms of a romantic breakup and is recommended for them.

Keywords: romantic breakup, cognitive emotion regulation strategies, distress tolerance, emotional schema therapy, adjustment disorder.

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی آنلاین بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی

المیرا آریاناکیا^۱، چنگیز رحیمی طاقانکی^۲، نورالله محمدی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۹

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی آنلاین بر تحمل پریشانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی صورت گرفت.

روش: با استفاده از یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی بصورت آنلاین از بین دانشجویان چهار دانشگاه کشور با تجربه شکست عاطفی در سال ۱۳۹۹، یک نمونه ۳۰ نفره دچار اختلال سازگاری انتخاب شد و به دو گروه مساوی تقسیم شد. افراد نمونه در رده سنی ۱۸ تا ۳۸ سال بودند که پس از پر کردن پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه الگوی جدید اختلال سازگاری و مصاحبه تشخیصی DSM-5 و با روش نمونه‌گیری هدفمند، وارد پژوهش شدند. گروه آزمایش درمان طرحواره درمانی هیجانی آنلاین را به مدت ۱۰ جلسه دریافت کردند، در حالیکه گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. آزمودنی‌ها در طی سه مرحله پژوهش مقیاس تحمل پریشانی (DTS) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس مختلط نشان‌دهنده تفاوت معنی دار ($P < 0/05$) نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه در متغیرهای تحمل پریشانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی آنلاین می‌تواند علائم ناشی از شکست عاطفی را کاهش دهد و برای این افراد پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: شکست عاطفی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تحمل پریشانی، طرحواره درمانی هیجانی، اختلال سازگاری.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

می‌توانند مورد تغییر و یادگیری قرار گیرند، برای مثال از طریق روان‌درمانی، برنامه‌های مداخله یا تجربه خود (۷). مرنز (۱۱) گزارش کرد از میان سه پژوهش در ارتباط با شکست عاطفی دانشجویان (مرحله‌ای، طولی، و موثر در آینده) ۴۰٪ افسردگی بالینی و ۱۲٪ افسردگی متوسط تا شدید را بعد از شکست تجربه کردند که در مجموع این عوامل ضرورت پیدا کردن رویکردی درمانی برای این مسأله را ضروری می‌سازد. اما از آنجا که درمان‌های شناختی - رفتاری که از جمله متداول‌ترین و معتبرترین درمان‌های موجود هستند محدودیت‌هایی دارند که شامل؛ عدم بهبود بخش زیادی از بیماران، پروتوکل‌های درمانی زیاد، عدم مقرون به صرفه بودن زمان و هزینه برای متخصصان، و گذراندن دوره‌های کارورزی طولانی‌مدت و متفاوت برای درمان هر یک از اختلالات، سرگردانی در انتخاب راهنمای مناسب بیمار برای متخصصان بالینی است، ایجاد و توسعه درمان‌های جدید ضرورت می‌یابد (۱۲). یکی از رویکردهایی که به تازگی مطرح شده و درحوزه مسائل و مشکلات هیجانی ادعای اثربخشی و درمان دارد، طرحواره درمانی هیجانی^۱ می‌باشد. مدل طرحواره هیجانی، به مدل‌های شناختی مربوط به ارزیابی هیجان‌ها و راهبردهای مقابله با آن‌ها پرو بال می‌دهد. براساس این مدل جدید، خود هیجان‌ها ممکن است تشکیل دهنده مواد شناخت باشند؛ به عبارت دیگر، به هیجان‌ها نیز می‌توان به چشم محتوایی نگریست که فرد آن‌ها را ارزیابی، کنترل یا استفاده می‌کند (۱۳-۱۵). برخلاف درمان متمرکز بر طرحواره که با تلاش‌های یانگ، کلسکو و ویشار (۱۶) به بار نشسته است. طرحواره درمانی هیجانی بر باورهای فرد درباره هیجان‌ها و نیز بر راهبردهای وی برای کنترل هیجان متمرکز دارد. طرحواره درمانی هیجانی شکل جدیدی از رفتار درمانی شناختی است که براساس مدل طرحواره‌های هیجانی ساخته شده است (۱۷) و با اقتباس از نظریه شناختی بک (۱۸)، طرحواره درمانی یانگ (۱۶) و درمان‌های موج سوم مبتنی بر پذیرش مثل رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۹) و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (۲۰) در تلاش است تا دو رویکرد درمانی هیجان‌مدار (۲۱) و درمان فراشناختی را باهم تلفیق کند (۲۲). ولی با توجه به یکپارچه بودن و مفهوم‌سازی و هدف قرار

آغاز دوران دانشجویی برهه‌ی مهمی از زندگی است و اکثراً توام با تغییرات زیادی در زندگی فرد، به ویژه روابط اجتماعی و انسانی است (۱). دانشجو شدن همراه با تنش‌ها و نگرانی‌هایی است و سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). تغییر شرایط و دوری از خانواده موجب می‌شود که نیازهای عاطفی برجسته‌تر شده و احتمال رابطه عاطفی با جنس مکمل را افزایش دهد (۳). یکی از رخدادهای دردناک در زندگی یک فرد پایان یک رابطه عاطفی است (۴). ولی کمبود پیشینه پژوهشی در این زمینه حاکی از غفلت از چنین فقدان است، به نظر می‌رسد که پژوهش‌گران و متخصصان بالینی نیز مانند دیگران، فقدان ناشی از فروپاشی روابط رمانتیک را نادیده گرفته‌اند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد واکنش افراد به پیامدهای ناشی از شکست عاطفی متفاوت است، بعضی افراد راحت‌تر با گذشته برخورد می‌کنند و بدنبال پندآموزی از تجربیاتشان هستند، درحالی که برخی دیگر دچار اختلالات خلقی و کارکردی می‌شوند و نمی‌توانند آن را تحمل کنند (۵). تحمل آشفتگی به معنای توان تجربه و تحمل شرایط روانشناختی منفی است. افرادی با تحمل آشفتگی پایین، اولاً دیدگاه‌شان نسبت به هیجان دال بر غیرقابل تحمل بودن آن است و نمی‌توانند با آشفتگی و پریشانی مقابله کنند، ثانیاً پذیرش هیجان برایشان دشوار است و از وجود آن احساس شرم و پریشانی می‌کنند و در مواجهه با هیجان‌ات احساس ناتوانی می‌کنند. سومین ویژگی، کوشش بسیار این افراد برای پیشگیری از هیجان‌ات منفی و کاهش فوری آن‌ها می‌باشد که اگر نتوانند این هیجان‌ات را کاهش دهند، منجر به کاهش شدید عملکردهایش می‌گردد (۶).

یکی از عواملی که در سلامت روان نقش بسزایی دارد راهبردهای مقابله افراد با شرایط آسیب‌زای زندگی است. تحقیقات نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر شکل‌گیری افسردگی تأثیر دارند (۷-۹). راهبردهای مقابله شناختی یا تنظیم شناختی هیجان عبارت است از تنظیم راه‌های شناختی پاسخ‌های هیجانی به رخدادهایی که منجر به افزایش عواطف افراد می‌گردد (۱۰). همچنین احتمالاً راهبردهای مقابله شناختی به طور بالقوه

همچنین درصد مرگ و میر ناشی از آن که ممکن است وضعیت بهداشت سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه از بیماران مبتلا، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، خانواده‌ها، کودکان، دانشجویان، بیماران روانشناختی و حتی پرسنل مشاغل مختلف را به نوعی متفاوت در معرض مخاطره قرار دهد (۳۴) لزوم مداخلات روانشناختی آنلاین برای افرادی که در معرض خطر بیشتری هستند و از آن جمله دانشجویانی که در طی سال گذشته در قرنطینه به سر می‌برند و دچار شکست عاطفی شده‌اند را برجسته می‌سازد. تجربه شکست عاطفی و از دست دادن رابطه رمانتیک در دوران دانشجویی پدیده بسیار شایعی است و غالباً به افت عملکرد تحصیلی و علائم اضطراب و افسردگی منجر می‌شود (۳۵)؛ لذا نیازمند توجه روانشناختی ویژه است. استفاده از اینترنت در درمان سلامت روان به علت در دسترس بودن در سراسر جهان رو به افزایش است و مردم به دنبال اطلاعات سلامت روان از طریق اینترنت هستند. از این رو مداخلات مبتنی بر اینترنت یک فرصت منحصر به فرد برای ارائه درمان به بخش بزرگی از جمعیت است.

کمبود تحقیقات کنترل شده در مورد شکست عاطفی نه تنها در ایران بلکه در کشورهای دیگر نیز مطرح است، و علی‌رغم گزارش اثربخشی طرحواره‌درمانی در درمان شکست‌های عاطفی، و روان‌درمانی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر نشانگان ضربه‌ی عشق هیچ رویکرد درمانی انتخابی و ترجیحی برای درمان این مسأله تأیید و پیشنهاد نشده است؛ بنابراین، فقدان داده‌ها و اطلاعات در مورد اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف از جمله اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی هیجانی به منظور درمان دانشجویان دچار شکست عاطفی ضرورت و اهمیت این پژوهش را به خوبی تبیین می‌کند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر گروه درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی هیجانی آنلاین بر تحمل‌پریشانی و تنظیم شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی بوده است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری بوده است.

دادن راهبردهای ناسازگار افراد در مواجهه با هیجانات‌شان نسبت به آن‌ها برتری دارد که منجر به افزایش اثربخشی درمان خواهد شد (۳۳). از جمله مزیت‌های طرحواره‌درمانی هیجانی می‌توان به کوتاه مدت بودن و امکان استفاده در وضعیت‌های بالینی، و هزینه کمتر از نظر آموزشی اشاره کرد (۲۴).

از جمله پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی پژوهش لیهی است (۲۵، ۲۶) که بر این باور است که اصلاح طرحواره‌های هیجانی منجر به کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود تنظیم هیجان خواهد شد. یافته‌های پژوهشی (۲۷) نشان داد طرحواره‌درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی داشت. بنابراین می‌توان از آن در جهت بهبود تنظیم هیجان استفاده کرد. نتایج پژوهش قدرتی و همکاران نیز حاکی از اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر بهبودی تنظیم شناختی-هیجان در سربازان اقدام‌کننده به خودزنی داشت (۲۸). پژوهش محمدی و همکاران (۲۹) حاکی از کاهش معنادار احساس تنهایی، نشخوار فکری و پریشانی روانشناختی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل ناشی از طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی است. نتایج این پژوهش حاکی از این است که طرحواره‌درمانی هیجانی می‌تواند روش مؤثری در بهبود پریشانی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه باشد. همچنین نتایج پژوهش کاظمی و همکارانش نشان دهنده اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس که یکی از تکنیک‌های بکار رفته در طرحواره‌درمانی هیجانی است بر انعطاف‌پذیری روانشناختی، تحمل‌پریشانی و تجربه مجدد ضربه در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (۳۰) و پژوهش دیگری مبنی بر اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تحمل‌پریشانی و خودتنظیمی (۳۱) بود.

علاوه بر این، با توجه به اینکه از دسامبر ۲۰۱۹ میلادی با انتشار ویروس جدیدی در ووهان چین با نام بیماری کووید-۱۹ (۳۲) و قدرت سرایت بالای آن به طوری که در کمتر از ۴ ماه تمامی کشورهای جهان را آلوده کرد (۳۳) و با توجه به خصوصیت بیماری‌زایی این ویروس، سرعت انتشار و

روانپزشک قبل از شکست عاطفی و پس از آن، تعداد جلسات در صورت مراجعه، سابقه بیماری جسمانی خاص، سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی، سابقه شکست عاطفی در گذشته، و افکار و اقدام به خودکشی قبل یا بعد از شکست عاطفی بود.

۲. پرسشنامه تحمل پریشانی^۲ (DTS): این ابزار خود گزارشی شامل ۱۵ ماده است که ادراک فرد را از توان تحمل رنج هیجانی، برآورد ذهنی از درد، مقدار توجه معطوف شده به پریشانی، و تلاش برای تسکین تجربه پریشانی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ هر یک از ماده‌ها با مقیاس لیکرت، از ۱ (به شدت موافق) تا ۵ (به شدت مخالف) سنجیده می‌شود. نمرات بالا نشان دهنده تحمل پریشانی بیشتر و نمرات پایین نشان دهنده تحمل پریشانی پایین است. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ توسط سیمونز و گاهر ساخته شد. این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس می‌باشد. که خرده مقیاس‌های آن عبارتند از: ۱) تحمل، تحمل پریشانی هیجانی، ۲) جذب، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، ۳) ارزیابی، برآورد ذهنی پریشانی و ۴) تنظیم، تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (۳۶). پایایی این مقیاس توسط سابورین (۳۷) $r = 0/61$ گزارش شده است. پایایی مقیاس تحمل پریشانی و خرده مقیاس‌های آن علاوه بر هنجار اولیه، در پژوهش اندامی خشک (۳۸) به ترتیب تحمل پریشانی، تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم، $0/75$ ، $0/75$ ، $0/69$ ، $0/75$ به دست آمد.

۳. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۳ (CERQ): این پرسشنامه چندوجهی به منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی افراد پس از تجربه یک رویداد یا شرایط منفی، می‌باشد. برخلاف دیگر پرسشنامه‌ها که نمی‌توان به روشنی بین افکار و اعمال افراد تمایز قائل شد، این پرسشنامه به طور انحصاری به افکار فرد بعد از تجربه کردن یک رویداد منفی اشاره دارد. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک پرسشنامه خودسنجی است که متشکل از ۳۶ سؤال است که بر مبنای نظری و تجربی ساخته شده است و ۹ استراتژی مقابله شناختی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه شامل دو خرده مقیاس راهبردهای سازش‌یافته شناختی تنظیم هیجان

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانشجویان دچار شکست عاطفی سراسر کشور در سال ۱۳۹۹ در رده سنی ۱۸ تا ۳۸ سال بود. ابتدا به صورت آنلاین در کانال تلگرامی و اینستاگرامی به دانشجویان چهار دانشگاه معتبر (دانشگاه تهران، دانشگاه شریف، دانشگاه خوارزمی و دانشگاه شیراز) اطلاع رسانی شد. پس از پرکردن فرم جمعیت شناختی محقق ساخته، پرسشنامه اختلال سازگاری مدل جدید ۲۰ و پس از مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 (به صورت آنلاین و تصویری و در نرم افزار زوم) با روش نمونه‌گیری هدفمند یک نمونه ۳۰ نفره انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی تقسیم شدند. ۱۵ نفر در گروه آزمایش (طرحواره درمانی هیجانی) و ۱۵ نفر نیز در گروه در انتظار درمان جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی ۱۸ تا ۳۸ سال، عدم خروج به خواست خود از رابطه، گذشتن حداقل ۱ ماه و حداکثر ۶ ماه از پایان رابطه، دریافت تشخیص اختلال سازگاری (با علائم اضطرابی یا افسردگی) بر اساس مصاحبه روانشناس و پر کردن مقیاس اختلال سازگاری (نقطه برش = ۶۰). ملاک‌های خروج عبارت بودند از: داشتن سایر اختلالات روانی طبق معیارهای DSM-5، وجود نشانه‌های شدید کندی روانی حرکتی، وجود خطر بالای خودکشی با توجه به مصاحبه و فرم اولیه مبنی بر نداشتن سابقه خودزنی و خودکشی در گذشته، و وجود آسیب مغزی یا سایر بیماری‌های جسمانی و دریافت درمان دارویی براساس گزارش خود فرد، و ملاک‌های اخراج از گروه عبارت بودند از: غیبت بیش از ۳ جلسه، عدم انجام تکالیف محوله در بیش از ۳ جلسه، بازگشت به رابطه قبلی، و شروع رابطه‌ای جدید در زمان انجام تحقیق.

ابزار

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی^۱: این فرم که توسط خود پژوهشگر ساخته شد، قبل از شروع گروه درمانی و در فرآیند غربالگری اعضای نمونه و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج بکار رفت و شامل اخذ اطلاعاتی در زمینه نام، جنسیت، سن، رشته، مقطع تحصیلی، دانشگاه، مدت رابطه عاطفی، مدت زمانی که از پایان رابطه عاطفی سپری شده، خواسته یا ناخواسته بودن قطع رابطه، مراجعه به روانشناس یا

2. Distress Tolerance Scale

3. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

1. Demographic Information Questionnaire

کل پرسشنامه بود. بررسی‌های آماری داده‌های این پژوهش حاکی از پایایی و روایی مناسب پرسشنامه بود. پس از انجام نمونه‌گیری، همه بیماران در یک جلسه به صورت گروهی اینترنتی پرسشنامه‌های پیش‌آزمون را پاسخ دادند و توضیحات کوتاهی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد تا دقت اجرا افزایش یابد که همگی در نرم‌افزار زوم^۲ انجام شد. نهایتاً اعضای نمونه به شیوه تصادفی در گروه درمانی طرحواره درمانی هیجانی (۴۴) و گروه کنترل قرار گرفتند و گروه آزمایش تحت گروه درمانی ۱۰ جلسه‌ای یک و نیم ساعته قرار گرفت و گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. در پایان مداخله نیز از همه آن‌ها پس‌آزمون و نیز ۱ ماه پس از پایان درمان، پیگیری به عمل آمد.

روند اجرای پژوهش: در ابتدا پژوهشگر با اطلاع‌رسانی و قراردادن لینک پرسشنامه جمعیت‌شناسی خودساخته در کانال دانشگاه‌های معتبر و سپس مصاحبه آنلاین به غربالگری افراد نمونه پرداخته و از بین آنها ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگزین شدند. مدت زمان اجرای پژوهش حدود ۴ ماه بود که از اواخر شهریور ۹۹ تا اوایل دی ماه ۹۹ به طول انجامید. پس از انجام نمونه‌گیری، همه بیماران در یک جلسه به صورت گروهی اینترنتی پرسشنامه‌های پیش‌آزمون را پاسخ دادند و توضیحات کوتاهی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد تا دقت اجرا افزایش یابد که همگی در نرم‌افزار زوم^۳ انجام شد. نهایتاً اعضای نمونه به شیوه تصادفی در گروه درمانی طرحواره درمانی هیجانی (۴۴) و گروه کنترل قرار گرفتند و گروه آزمایش تحت گروه درمانی ۱۰ جلسه‌ای یک و نیم ساعته قرار گرفت ولی گروه کنترل درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان باقی ماند. همه افراد به صورت آنلاین در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه مقیاس‌های تحمل‌پریشانی و پرسشنامه‌های تنظیم‌شناختی هیجان را تکمیل کردند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات محرمانه خواهند ماند و شرکت در پژوهش داوطلبانه و با رضایت خود فرد است و شرکت‌کنندگان در

(پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت مجدد و کم‌اهمیت‌شماری) و راهبردهای سازش‌نیافته شناختی تنظیم هیجان که شامل (خودسرزنشگری، سرزنش دیگران، فاجعه‌آمیزپنداری و نشخوار فکری) می‌باشد. که تعداد ۲۰ ماده پرسشنامه راهبردهای سازش‌نیافته و ۱۶ ماده دیگر راهبردهای سازش‌نیافته شناختی تنظیم هیجان را می‌سنجند. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی و هرگز) جمع‌آوری می‌گردد و به ترتیب از چپ به راست از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات به دست آمده با هم جمع شده و نمره‌ی کل را نشان می‌دهد (۳۹). گارنفسکی و همکاران (۴۰) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای راهبردهای سازش‌نیافته و ۰/۸۷ برای راهبردهای سازش‌نیافته، گزارش کردند (۴۰). گارنفسکی و همکاران (۳۹) ضریب پایایی خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه را به شیوه بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۴ ماه در پژوهش در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط حسنی (۴۱) هنجاریابی شده است که پایایی این پرسشنامه براساس روش‌های همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی آن از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی، مطلوب گزارش شده است.

۴. مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری^۱ (ADNM-20): فرم ۲۰ سؤالی مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری توسط لرنز، باچم و مارکر (۴۲) در سال ۲۰۱۶ برای ارزیابی اختلال سازگاری تهیه شده است. این مقیاس شامل ۲۰ سؤال است و پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز (۱) تا اغلب (۴) می‌باشد. علائم اصلی توسط ۸ سؤال و علائم فرعی توسط ۱۲ سؤال مورد سنجش قرار می‌گیرند. در پژوهش لرنز، باچم و مارکر (۴۲) ضرایب پایایی همسانی درونی به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای علائم اصلی و ۰/۸۹ برای علائم فرعی به دست می‌آمد. در پژوهش سرافراز و همکاران (۴۳) نیز آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۷ بود که از حاکی از پایایی مطلوب

2. Zoom
3. Zoom

1. Adjustment Disorder New Model-20

صورت عدم تمایل به ادامه شرکت در درمان با اطلاع قبلی تشدید علائم به روانپزشک یا درمانگر فردی ارجاع خواهند می‌توانند پژوهش را ترک کنند و در صورت بروز بحران یا شد.

جدول ۱) خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی گروهی آنلاین (براساس مدل لیهی، ۲۰۱۵) برگرفته از کتاب رویکرد طرحواره درمانی هیجانی. ترجمه زیرک و آزادی

جلسات	محتوای جلسات	تکالیف
۱	معرفی درمانگر و اعضا، بیان قوانین گروه، توضیح مختصر اعضای گروه درباره اهداف شرکت در گروه و نگرانی‌های خود. اعتبار دادن به هیجان‌های اعضای گروه. خلاصه کردن جلسه و دریافت بازخورد	تکلیف: کسب اطلاعات در مورد هیجان / اعضا برگه هدف و انتظارات خود را از درمان، تکمیل کنند
۲	مرور تکالیف. ارائه آموزش روانی درباره طرحواره درمانی هیجانی و منطق آن. آموزش روانی درباره هیجان و تمایز آن با فکر و رفتار. مطرح کردن کارکرد هیجان. تعریف طرحواره‌های هیجانی. خلاصه جلسه و اخذ بازخورد	تکلیف: نام‌گذاری هیجان‌ها و تکمیل برگه افتراق فکر از هیجان.
۳	مرور تکلیف هفته قبل. توضیح در مورد نحوه شکل‌گیری طرحواره‌های هیجانی توسط والدین، تعریف و توضیح طرحواره‌های هیجانی و تاثیر آنها بر احساسات و رفتارهای ما با ذکر مثال	تکلیف: تکمیل پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی لیهی.
۴	مرور تکالیف. بحث در مورد نحوه واکنش به درک نشدن هیجان‌ها از سوی والدین و دیگران در کودکی و حال	تکلیف: بررسی نحوه واکنش اعضا به اعتبار سستی والدین در گذشته و مقایسه آن با افراد کنونی.
۵	مرور تکالیف. بازسازی شناختی جهت اصلاح طرحواره درک ناپذیری. آموزش پایش هیجان‌ها / ذهن آگاهی گسلیده / آزمایش رفتاری در مورد تشدید هیجان و نتایج آن	تکلیف: پر کردن جدول پایش هیجان‌ها، تمرین ذهن آگاهی گسلیده، آزمایش رفتاری تشدید هیجان
۶	مرور تکالیف. اعتبار دادن به هیجان‌ها و تجربه‌های اعضا. چالش با باورهای نادرست درباره هیجان (کنترل ناپذیری، نشخوار فکری و شرم) از طریق بررسی سود و زیان، تکنیک بررسی شواهد. خلاصه کردن جلسه و دریافت بازخورد	تکلیف: تکمیل برگه سود و زیان هیجان‌ها گذرا هستند / بررسی شواهد برای باور به کنترل ناپذیری و بررسی سود و زیان نشخوار فکری.
۷	مرور تکالیف. آموزش روانی جهت اصلاح طرحواره سرزنش. مرتبط کردن هیجان‌های دشوار با ارزش‌های متعالی با ذکر مثال. فضا سازی برای هیجان. استفاده از استعاره هیولاهای داخل اتوبوس	تکلیف: مزایا و معایب استفاده صحیح از هیجان‌ها در تصمیم‌گیری. انجام تکنیک و کیل مدافع
۸	مرور تکالیف. بررسی سبک‌های در دسرساز اعتبارزدایی. انجام تکنیک اعتبار بخشیدن به هیجان‌های خود. نحوه‌ی صحیح دریافت اعتبار از سایرین. انجام تکنیک ذهن آگاهی دلسوزانه. چالش با طرحواره اتفاق نظر، ساده انگاری هیجان‌ها و تحمل احساس مختلط و طرحواره خردگرایی. استفاده از تمثیل نقاش.	تکلیف: بررسی مزایا و معایب پذیرش احساسات مختلط / مشاهده فیلم مهمان ناخوانده / انجام تکنیک‌های پذیرش و مقایسه آن‌ها با نشخوار فکری
۹	مرور تکالیف. چالش با باورهای نادرست درباره هیجان (احساس گناه و ارزش‌های برتر). انجام تکنیک بالا رفتن از نردبان ارزش‌ها، تمثیل مثبت و منفی	تکلیف: انجام تمرین بالا رفتن از نردبان ارزش‌ها / تهیه لیست ارزش‌ها / مشاهده بداقبالی‌های دیگران / مشاهده نمونه‌های مثبت
۱۰	کمک به تحکیم وضعیت آموخته‌های جدید از طریق صحبت درباره موانع و پسرقت‌ها. مرور هدف‌ها و میزان دستیابی به آنها. صحبت درباره پایان درمان و ابراز احساس‌ها درباره آن. اجرای مجدد آزمون‌ها	تکلیف: اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

نفر گروه کنترل، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دارای تحصیلات دکتری تخصصی نفر و ۱ نفر (۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دکتری حرفه‌ای بوده‌اند. همچنین در گروه آزمایش، ۹ نفر (۶۰ درصد) دختر و ۶ نفر (۴۰ درصد) پسر بوده‌اند و در گروه

نتایج یافته‌های توصیفی نشان داد میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۲۹/۰۶ و انحراف معیار ۵/۱۹ و در گروه کنترل میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۷/۳۰ و انحراف معیار ۵/۰۳ بود. از ۱۵ نفر گروه آزمایش، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی، ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بوده‌اند. همچنین از ۱۵

کنترل ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) دختر و ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) پسر بوده‌اند. پسران در گروه طرحواره درمانی هیجانی نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است. بر اساس نتایج جدول ۲ نمرات میانگین نمرات متغیر تحمل

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی نمرات متغیر تحمل پریشانی در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
طرحواره درمانی	تحمل	۲/۰۰۷	۱۰/۶۰	۳/۱۱۲	۱۰/۷	۲/۴۹۲	۱۰/۷
	جذب	۲/۸۴۰	۱۰/۸۰	۲/۲۴۲	۹/۹۳	۱/۹۸۱	۹/۹۳
	ارزیابی	۵/۲۵۷	۲۰/۴۰	۴/۹۶۸	۱۹/۳۳	۲/۹۹۲	۱۹/۳۳
	تنظیم	۲/۱۹۷	۱۰/۵۳	۲/۴۴۶	۹/۸۰	۲/۰۰۷	۹/۸۰
	تحمل پریشانی	۹/۰۰۷	۵۲/۳۳	۸/۱۶۱	۴۹/۱۳	۶/۱۷۴	۴۹/۱۳
کنترل	تحمل	۳/۶۹۳	۶/۸۷	۲/۲۰۰	۷/۱۳	۱/۹۹۵	۷/۱۳
	جذب	۲/۵۶۰	۸/۶۷	۲/۸۷۰	۸/۹۳	۲/۷۸۹	۸/۹۳
	ارزیابی	۵/۵۶۳	۱۲/۸۷	۴/۸۳۸	۱۳/۶۷	۴/۸۶۵	۱۳/۶۷
	تنظیم	۳/۱۳۲	۵/۴۷	۲/۲۳۲	۵/۷۳	۲/۰۵۲	۵/۷۳
	تحمل پریشانی	۹/۵۰۸	۳۳/۸۷	۹/۲۰۳	۳۵/۴۷	۸/۱۱۴	۳۵/۴۷

جدول ۳) شاخص‌های توصیفی نمرات تنظیم شناختی هیجانی در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
طرحواره درمانی	تمرکز مثبت مجدد / برنامه‌ریزی	۲/۷۱۲	۳۳/۸۷	۳/۶۲۳	۳۲/۷۳	۳/۷۳۱	۳۲/۷۳
	ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر	۳/۹۱۳	۲۳/۷	۲/۹۶۳	۲۲/۲۰	۲/۷۵۷	۲۲/۲۰
	تنظیم شناختی مثبت	۵/۴۷۰	۵۷/۶۰	۵/۰۶۸	۵۴/۹۳	۴/۵۷۴	۵۴/۹۳
	سرزنش خود	۲/۲۵۷	۸/۸۷	۲/۰۳۱	۹/۴۰	۱/۶۸۲	۹/۴۰
	سرزنش دیگران	۲/۸۵۰	۹/۰۷	۱/۳۳۵	۹/۱۳	۰/۹۹۰	۹/۱۳
	نشخوار فکری	۳/۶۷۴	۱۴/۶۰	۲/۸۷۴	۱۳/۷۳	۲/۳۱۴	۱۳/۷۳
	فاجعه‌آمیز کردن	۲/۱۲۰	۱۰/۸۷	۲/۶۶۹	۱۰/۶۰	۳/۶۴۱	۱۰/۶۰
	پذیرش	۳/۰۴۳	۸/۶۷	۱/۶۳۳	۹/۳۳	۱/۷۱۸	۹/۳۳
	تنظیم شناختی منفی	۵/۶۳۷	۵۲/۰۷	۳/۶۳۴	۵۲/۲۰	۶/۱۵۵	۵۲/۲۰
کنترل	تمرکز مثبت مجدد / برنامه‌ریزی	۶/۱۵۸	۳۳۳/۵۳	۵/۴۳۶	۳۳/۲۷	۵/۶۸۸	۳۳/۲۷
	ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر	۵/۴۹۶	۲۰/۲۰	۵/۵۰۶	۱۹/۶۷	۵/۲۳۳	۱۹/۶۷
	تنظیم شناختی مثبت	۹/۱۶۳	۵۳/۷۳	۹/۳۹۲	۵۲/۹۳	۸/۳۱۹	۵۲/۹۳
	سرزنش خود	۳/۰۰۵	۱۰/۸۰	۲/۵۴۱	۱۰/۰۷	۱/۷۱۰	۱۰/۰۷
	سرزنش دیگران	۲/۷۸۹	۱۱/۸۰	۲/۷۸۳	۱۰/۶۷	۲/۶۹۰	۱۰/۶۷
	نشخوار فکری	۳/۴۵۳	۱۸/۸۷	۴/۸۹۷	۱۷/۵۳	۴/۶۴۲	۱۷/۵۳
	فاجعه‌آمیز کردن	۲/۵۸۶	۱۵/۵۳	۲/۵۸۸	۱۵/۷۳	۲/۹۱۵	۱۵/۷۳
	پذیرش	۲/۷۳۸	۱۲/۴۰	۲/۰۶۳	۱۱/۷۳	۲/۶۸۵	۱۱/۷۳
	تنظیم شناختی منفی	۵/۵۶۵	۶۹/۴۰	۴/۵۴۸	۶۵/۷۳	۶/۳۶۴	۶۵/۷۳

هیجانی، شاهد افزایش نمرات عامل‌های تنظیم شناختی مثبت و کاهش نمرات عامل‌های تنظیم شناختی منفی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون هستیم.

بر اساس نتایج جدول ۳ در گروه کنترل میانگین نمرات در پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه طرحواره درمانی

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر تنظیم شناختی هیجانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
تمرکز مثبت مجدد / برنامه‌ریزی	مراحل	۵۷/۴۸۹	۱/۹۵۲	۲۹/۴۴۶	۱۰/۹۰۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۰
	گروه‌ها	۶۷/۶۰۰	۱	۶۷/۶۰۰	۱/۰۹۳	۰/۳۰۵	۰/۰۳۸
	مراحل * گروه	۱۲۲/۸۶۷	۱/۹۵۲	۶۲/۹۳۳	۳۳/۳۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵۴
ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر	مراحل	۶۲/۰۲۲	۱/۸۵۴	۳۳/۴۵۰	۱۲/۱۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰۲
	گروه‌ها	۳۶/۱۰۰	۱	۳۶/۱۰۰	۰/۶۶۰	۰/۴۲۳	۰/۰۲۳
	مراحل * گروه	۱۴۴/۲۰۰	۱/۸۵۴	۷۷/۷۷۰	۲۸/۲۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲
سرزنش خود	مراحل	۴۲/۲۰۰	۱/۶۵۳	۲۵/۵۳۲	۱۰/۷۷۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷۸
	گروه‌ها	۰/۱۷۸	۱	۰/۱۷۸	۰/۰۱۶	۰/۹۰۱	۰/۰۰۱
	مراحل * گروه	۹۲/۸۲۲	۱/۶۵۳	۵۶/۱۶۰	۲۳/۷۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۸
سرزنش دیگران	مراحل	۵۵/۴۶۷	۱/۶۵۸	۳۳/۴۵۷	۹/۰۶۲	۰/۰۰۱	۰/۲۴۵
	گروه‌ها	۲۰/۵۴۴	۱	۲۰/۵۴۴	۱/۹۱۹	۰/۱۷۷	۰/۰۶۴
	مراحل * گروه	۶۷/۸۲۲	۱/۶۵۸	۴۰/۹۱۰	۱۱/۰۸۱	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴
نشخوار فکری	مراحل	۶۲/۱۵۶	۱/۷۱۳	۳۶/۲۸۰	۵/۸۱۲	۰/۰۰۸	۰/۱۷۲
	گروه‌ها	۱۹۶/۵۴۴	۱	۱۹۶/۵۴۴	۶/۲۲۲	۰/۰۱۹	۰/۱۸۲
	مراحل * گروه	۵۳/۰۸۹	۱/۷۱۳	۳۰/۹۸۷	۴/۹۶۵	۰/۰۱۵	۰/۱۵۱
فاجعه‌آمیز کردن	مراحل	۴۴/۰۲۲	۱/۷۸۰	۲۴/۷۲۸	۷/۳۸۶	۰/۰۰۲	۰/۲۰۹
	گروه‌ها	۳۱۷/۳۴۴	۱	۳۱۷/۳۴۴	۱۸/۲۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۴
	مراحل * گروه	۵۹/۷۵۶	۱/۷۸۰	۳۳/۵۶۶	۱۰/۰۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۶۴
پذیرش	مراحل	۶۴/۸۰۰	۱/۵۵۹	۴۱/۵۷۸	۱۵/۵۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵۸
	گروه‌ها	۷۸/۴۰۰	۱	۷۸/۴۰۰	۶/۱۴۳	۰/۰۱۹	۰/۱۸۰
	مراحل * گروه	۷۱/۴۶۷	۱/۵۵۹	۴۵/۸۵۵	۱۷/۱۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸۰

به منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تحمل پریشانی دانشجویان دچار شکست عاطفی از آزمون تحلیل واریانس مختلط بین گروهی استفاده شد. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس مختلط بین گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون کالموگروف - اسمیرنوف، پیش‌فرض همگی واریانس‌ها با آزمون لوین و پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس‌ها با آزمون ام‌باکس انجام شد. پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت مخلی استفاده شد. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت مخلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به‌طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۴ تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های تمرکز مثبت مجدد / برنامه‌ریزی ($P < ۰/۰۱$)، ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر ($P < ۰/۰۱$)، سرزنش خود ($P < ۰/۰۱$)، سرزنش دیگران ($P < ۰/۰۱$)، نشخوار فکری ($P < ۰/۰۱$)، فاجعه‌آمیز کردن ($P < ۰/۰۱$) و پذیرش ($P < ۰/۰۱$) در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است. نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به ۵۰/۲، ۴۵/۴، ۳۸ و ۲۶/۴ درصد از تفاوت‌های فردی در مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی‌دار است.

درمان با گذشت زمان می‌باشد. در گروه کنترل تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($p > 0/05$).

به منظور بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجانی دانشجویان دچار شکست عاطفی نیز از آزمون تحلیل واریانس مختلط بین‌گروهی استفاده شد. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس مختلط بین‌گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون کالموگروف-اسمیرنوف، پیش‌فرض همگی واریانس‌ها با آزمون لوین و پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس‌ها با آزمون ام‌باکس انجام شد. پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت مخلی استفاده شد. نتایج آزمون مخلی برای سرزنش خود، سرزنش دیگران و پذیرش معنی‌دار بود ($P < 0/05$) که بر این اساس از شاخص گرینه‌هاوس-گیسر استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط برای مقایسه دو گروه در متغیر تحمل‌پیشانی در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ گزارش شده است.

محافظة کارانه گرینه‌هاوس - گیسر برای تحلیل واریانس مختلط استفاده می‌شود. و نتایج آزمون مخلی برای مؤلفه‌های جذب و ارزیابی معنی‌دار بود ($P < 0/05$) که بر این اساس از شاخص گرینه‌هاوس-گیسر استفاده شد و بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده بین نمرات مؤلفه‌های تحمل ($P < 0/05$)، جذب ($P < 0/01$)، ارزیابی ($P < 0/01$) و تنظیم ($P < 0/05$) در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است. نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به $36/9$ ، $32/4$ و $21/9$ و $40/5$ درصد از تفاوت‌های فردی در مؤلفه‌های تحمل‌پیشانی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار است ($P < 0/01$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است.

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم در سه مرحله آزمون نشان داد که تفاوت مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه طرحواره درمانی هیجانی معنی‌دار به‌دست‌آمده است ($p < 0/01$) و میانگین نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری در گروه طرحواره درمانی هیجانی معنی‌دار نیست ($p > 0/05$) که نشان دهنده ثبات اثرات

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر تحمل‌پیشانی در سه مرحله پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
تحمل	مراحل	۲۵/۹۵۶	۱/۷۱۰	۱۵/۱۷۷	۳/۶۱۴	۰/۰۴۱	۰/۱۱۴
	گروه‌ها	۶۷/۶۰۰	۱	۶۷/۶۰۰	۴/۸۲۶	۰/۰۳۶	۰/۱۴۷
	مراحل * گروه	۱۱۷/۶۰۰	۱/۷۱۰	۶۸/۷۶۵	۱۶/۳۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶۹
جذب	مراحل	۹۳/۸۰۰	۱/۵۵۹	۶۰/۱۵۲	۲۵/۷۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹
	گروه‌ها	۷/۵۱۱	۱	۷/۵۱۱	۰/۴۶۵	۰/۵۰۱	۰/۰۱۶
	مراحل * گروه	۴۸/۸۲۲	۱/۵۵۹	۳۱/۳۰۹	۱۳/۳۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴
ارزیابی	مراحل	۱۱۸/۶۸۹	۱/۲۵۲	۹۴/۷۹۰	۶/۷۴۷	۰/۰۰۹	۰/۱۹۴
	گروه‌ها	۵۴۷/۶۰۰	۱	۵۴۷/۶۰۰	۱۰/۵۱۹	۰/۰۰۳	۰/۲۷۳
	مراحل * گروه	۱۳۸/۰۶۷	۱/۲۵۲	۱۱۰/۲۶۶	۷/۸۴۸	۰/۰۰۵	۰/۲۱۹
تنظیم	مراحل	۱۵/۲۶۷	۱/۸۴۷	۸/۲۶۸	۳/۷۶۶	۰/۰۳۳	۰/۱۱۹
	گروه‌ها	۲۴۳/۳۷۸	۱	۲۴۳/۳۷۸	۱۸/۹۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
	مراحل * گروه	۷۷/۲۲۲	۱/۸۴۷	۴۱/۸۱۹	۱۹/۰۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰۵

این نتایج با یافته‌های پژوهش محمدی و همکاران (۲۹)، کاظمی و همکاران (۳۰) و توکلی و همکاران (۳۱) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که پایان یک رابطه عاطفی در بسیاری از افراد منجر به نشانه‌های پریشانی می‌شود. این افراد هیجان‌هایی مانند غم، احساس گناه، شرم، گریستن، بی‌خوابی، و خواب‌های آشفتگی را تجربه می‌کنند. آنچه اصل و اساس طرحواره‌درمانی هیجانی است اصول پذیرش و شناختی است. این درمان براساس اصل پذیرش، سعی دارد تا بیماران به جای اجتناب از هیجانات و افکارشان، آنها را بپذیرند (۱۳). بر همین اساس، به افراد می‌آموزد تا به جای سرکوب هیجانات خود، آنها را به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی خود بپذیرند و دیدگاه تازه‌ای نسبت به آنها اتخاذ کنند. همچنین در این مدل درمانی فنون ذهن‌آگاهی مثل، ذهن‌آگاهی انفصالی برای افزایش توانایی پذیرش افراد بکار می‌رود. بدین ترتیب، انجام تکنیک‌های ذهن‌آگاهی از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد منجر به تسهیل فرآیند پذیرش هیجان‌ها و افزایش هشیاری آنها شده و به آنها کمک می‌کند تا به جای مقابله‌های ناکارآمد با هیجانات منفی خود به مشاهده و پذیرش آنها بپردازند (۴۵). از فنون مورد استفاده برای غلبه بر اجتناب تجربی و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد با هیجان در طرحواره درمانی هیجانی خوش‌آمدگویی به هیجان‌هاست (مثل القای هیجان، بهنجار سازی)، که به آنها به عنوان یک عنصر مهم برچسب می‌زند و انگیزه ابراز هیجانی را افزایش می‌دهد. در حوزه شناختی نیز درمانگر با توضیح مضرات اجتناب تجربی، سود و زیان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تمایز افکار و هیجانات، پیوند طرحواره‌های هیجانی به باورهای ناکارآمد دیگر از طریق تکنیک پیکان رو به پایین، فاجعه‌زدایی، افراد را به لحاظ شناختی آماده پذیرش هیجانات و افکارشان می‌کند. بنابراین، بیمار از تجربه هیجان‌اتش احساس گناه نمی‌کند، به اعتباریابی هیجانی دست می‌یابد، کنترل هیجان‌ها افزایش و دیدگاه منطقی‌تری نسبت به هیجانات پیدا می‌کند. این عوامل در مجموع موجب کاهش شدت اختلال روانشناختی و پریشانی روانی و افزایش تحمل پریشانی می‌گردند (۴۵). به‌طور کلی وقتی افراد باورهای فراهیجانی غیرانطباقی (طرحواره‌های هیجانی منفی) دارند معمولاً نمی‌دانند که در

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۵ تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های تحمل ($P < 0.05$)، جذب ($P < 0.01$)، ارزیابی ($P < 0.01$) و تنظیم ($P < 0.05$) در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است. نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به $36/9$ ، $32/4$ و $21/9$ و $40/5$ درصد از تفاوت‌های فردی در مؤلفه‌های تحمل پریشانی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار است ($P < 0.01$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی هیجانی در افزایش تحمل پریشانی دانشجویان دچار شکست عاطفی مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی‌دار است. نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم در سه مرحله آزمون از طریق آزمون بوئنفرنی نیز نشان داد که تفاوت مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه طرحواره درمانی هیجانی معنی‌دار به‌دست‌آمده است ($p < 0.01$) و میانگین نمرات مؤلفه‌های تمرکز مثبت مجدد / برنامه‌ریزی و ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری افزایش یافته و میانگین نمرات مؤلفه‌های سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیز کردن و پذیرش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری در گروه طرحواره درمانی هیجانی معنی‌دار نیست ($p > 0.05$) که نشان دهنده ثبات اثرات درمان با گذشت زمان می‌باشد. در گروه کنترل تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($p > 0.05$).

بحث

نتایج تحلیل نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر تحمل پریشانی دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی اثربخش است.

کنونی کاملاً طبیعی است. این عادی‌سازی هیجان به اعضا در پذیرش هیجانات ناخوشایند فعلی‌شان کمک کرده و موجب شد تا کمتر از قبل، به خاطر داشتن چنین هیجان‌هایی احساس شرم و گناه کنند. همچنین در فن‌فضا سازی برای هیجان، اعضای که سعی در فراموشی جدایی‌شان داشتند، آموختند که موضوع همیشه حذف رنج و عذاب نیست، بلکه بهره‌مندی از نوعی زندگی است که ارزش رنج کشیدن را داشته باشد؛ چرا که زندگی آن‌ها آن قدر غنی هست که بتواند شکست عاطفی را در خود جای دهد؛ پس دیگر نیازی نیست آن را به دست فراموشی بسپارند. با آموزش این تکنیک، دنیای هیجانی فرد بزرگ‌تر شده و فضایی فراهم می‌شود که در آن هیجان‌های ناخوشایند و خوشایند در حالت موازنه با یکدیگر قرار می‌گیرند و هدف تنظیم هیجانی برآورده می‌شود. آرمیدگی^۲ منجر به کاهش برانگیختگی هیجانی می‌شود (۴۷) و می‌تواند به مراجعان هنگام تجربه یک هیجان منفی و ماندن در آن وضعیت و تحمل آن هیجان منفی کمک نماید. هدف از انجام این تکنیک این است که پاسخ مقابل اضطراب یعنی آرامش ایجاد شود و با توجه کردن به تصویر ذهنی و شیوه تنفس کردن، فرد بتواند در زمان حال بماند. این تمرین علاوه بر این مزیت، باور به کنترل ناپذیری و دوام هیجانات ناخوشایند را نیز در اعضا زیر سؤال برد؛ چرا که آن‌ها پی بردند بر پریشانی خود تسلط داشته و می‌توانند در عرض چند دقیقه از شدت آن بکاهند. بنابراین، طرحواره‌درمانی هیجانی از طریق شناسایی و تمایز هیجان‌ها، عادی‌سازی تجربه هیجانی، مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارتباطات بین‌فردی و نیازهای شخصی، شناسایی باورهای ناکارآمد و طرحواره‌هایی که بیمار برای تفسیر، قضاوت، کنترل و اقدام درباره هیجان، از آنها استفاده می‌کند، گردآوری اطلاعات با استفاده از تکنیک‌های تجربی و ترتیب دادن آزمایش‌های هیجانی جهت ارائه پاسخ‌های مفیدتر به هیجان، ایجاد راهبردها و باورهای جدید، انعطاف‌پذیر و انطباقی‌تر نسبت به تجربه هیجانی به مراجع به تنظیم هیجان بهتر کمک می‌کند و در این راستا از فنون درمان شناختی رفتاری و درمان‌های موج سوم استفاده می‌کند (۴۸).

حال حاضر چه هیجانی را تجربه می‌کنند و چه نیازی دارند، اما زمانی که شروع به پذیرش هیجان‌ها می‌کنند، با آنها آشنا می‌شوند و در نتیجه تحمل حالات هیجانی منفی و شدید را می‌آموزند، فرآیندی که لیهی و همکاران (۴۶) فراآگاهی هیجانی^۱ می‌نامند و آن را پیش‌نیاز افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌دانند.

نتایج تحلیل نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی اثر بخش است. این نتایج با یافته‌های لیهی (۲۵، ۲۶)، کیانی‌پور و همکاران (۲۷) و قدرتی و همکاران (۲۸) همخوانی دارد.

به طور کلی، در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که ابتدا درمانگر از راه آموزش روانی درباره انواع فنون ناکارآمد تنظیم هیجان همچون پرخوری عصبی، روابط جنسی پرخطر و غیره به موقتی بودن حس خوشایندی که این راهبردها ایجاد می‌کنند، عود هیجان ناخوشایند با شدتی بیشتر از قبل و تأیید شدن بیشتر باور غیر قابل تحمل بودن هیجان‌های ناخوشایند، اشاره نموده و به اعضا در پذیرش هیجانات نامطلوبشان کمک کرد. همچنین، تلاش شد تا اعضا بتوانند راهبردهای سازگارانه انجام فعالیت تنظیم هیجان مانند درخواست حمایت اجتماعی، تغییر در محتوای افکار بازسازی شناختی، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش و غیره را بیاموزند و هنگام پریشانی و تجربه هیجان‌های دشوار، جایگزین راهبردهای ناکارآمد قبلی کنند و به هدف تنظیم هیجان نایل شوند. از جمله اقدامات دیگری که برای کاهش پریشانی و دشواری تنظیم هیجان صورت گرفت، تقویت باور گذرا بودن هیجانات بود که در همین راستا درمانگر تمثیل مهمان ناخوانده را برای اعضا بیان داشت. یعنی در حالی که وجود هیجان ناخوشایند در پس زمینه، آن‌ها می‌توانند با انجام فعالیت‌های لذت‌بخش و مورد علاقه‌شان، مانند ورزش، نواختن یا شنیدن موسیقی، مطالعه و غیره، هیجان‌های مثبت را فعال کنند و در نتیجه متوجه می‌شوند احساس پریشانی دیگر حضور ندارد؛ همانند هر مهمان دیگری که مدتی حضور دارد و سپس می‌رود. همچنین درمانگر با استفاده از فنون بهنجار سازی هیجان به اعضا در فهم این موضوع کمک کرد که پریشانی و آشفتگی هیجانی

- measure. *Motivation and Emotion*. 2005;29(2):83-102.
7. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. CERQ: Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire, DATEC. Leiden University: The Netherlands. 2002.
8. Garnefski N, Boon S, Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *Journal of Youth and Adolescence*. 2003;32(6):401-8.
9. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(8):1659-69.
10. Thompson RA. Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*. 1991;3(4):269-307.
11. Mearns J. Coping with a breakup: Negative mood regulation expectancies and depression following the end of a romantic relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 60(2):327.
12. Nathan PE, Gorman JM. A guide to treatments that work: Oxford University Press; 2015.
13. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*. 2002;9(3):177-90.
14. Leahy RL. Emotional Schemas and Resistance. 2003.
15. Leahy RL. Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. *Cognitive behaviour therapy: A guide for the practising clinician*. 2009;2:187-204.
16. Young JE, Klosko J, Weishaar M. Schema therapy. New York: Guilford. 2003;254.
17. Leahy RL. Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. 2011:109-31.
18. Beck AT. *Cognitive therapy of depression*: Guilford press; 1979.
19. Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*: Guilford press; 1993.
20. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(1):1-25.
21. Greenberg LS. Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2004;11(1):3-16.
22. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 2009;33(3):291-300.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت که پژوهش حاضر روی نمونه دانشجویی انجام گرفت، لذا امکان تعمیم نتایج به سایر اقشار، امکان پذیر نمی‌باشد همچنین دوره پیگیری این پژوهش کوتاه مدت می‌باشد. از محدودیت های دیگر عدم استفاده از نمونه‌گیری تصادفی و عدم توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و منطقه جغرافیایی دانشجویان، و عدم کنترل متغیر جنسیت و مقطع تحصیلی دانشجویان بود. لذا پیشنهاد می‌شود این درمان‌ها روی نمونه‌های دیگری بررسی شود و در پژوهش‌های بعدی پیگیری‌های طولانی مدت‌تری انجام شود و نمونه‌گیری به صورت تصادفی و با کنترل شرایط فرهنگی، اجتماعی، جغرافیایی، جنسیت و تحصیلات صورت گیرد. با توجه به نتایج این پژوهش که طرحواره‌درمانی هیجانی توانست به طور معناداری بر علائم ناشی از شکست عاطفی از جمله تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجانی تأثیر بگذارد، از این پروتکل درمانی می‌توان در کنار سایر پروتکل‌های درمانی برای شکست عاطفی استفاده کرد.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری رشته روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز می‌باشد. نویسندگان مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که به اجرای هرچه بهتر این پژوهش کمک کردند صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایند.

منابع

- Konrath SH, Chopik WJ, Hsing CK, O'Brien E. Changes in adult attachment styles in American college students over time: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*. 2014;18(4):326-48.
- Cho YN, DeVaney SA. Understanding college students' opinions on a smoking policy. *International Journal of Consumer Studies*. 2010;34(4):388-93.
- Rahmat Jirdeh S, Sodagar, S. A., & Jomeheri, F. prediction of love affair failure based on styles of attachments and emotional blackmail. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*. 2015;5(2):2597- 602.
- Primeau JE, Servaty-Seib HL, Enersen D. Type of writing task and college students' meaning making following a romantic breakup. *Journal of College Counseling*. 2013;16(1):32-48.
- Gilbert SP, Sifers SK. Bouncing back from a breakup: Attachment, time perspective, mental health, and romantic loss. *Journal of College Student Psychotherapy*. 2011;25(4):295-310.
- Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report

36. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation Emotion*. 2005;29(2):83-102.
37. Sabourin BA. Can distress tolerance predict chronic worry? Investigating the relationships among worry, distress tolerance, cognitive avoidance, psychological flexibility, difficulties in emotion regulation, and anxiety sensitivity. 2013.
38. Andami Khoshk A. The mediating role of resilience in the relationship between cognitive emotion regulation and distress tolerance with life satisfaction: Allameh Tabatabai University of Tehran; 2013. [Persian]
39. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. CERQ: Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire, DATEC. Leiden University: The Netherlands 2002.
40. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *J Personality Individual Differences*. 2001;30(8):1311-27.
41. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of clinical psychology*. 2010;2(3):73-84. [Persian]
42. Lorenz L, Bachem R, Maercker A. The adjustment disorder—new module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values. *The International Journal of Occupational Environmental Medicine*. 2016;7(4):215.
43. Sarafraz MR, Shahvand, T., Zarea, M. Psychometric properties of Adjustment Disorder New Model-20 (ADNM-20). *Journal of Clinical Psychology* 2018;9(4):54-45. [Persian]
44. Leahy RL. Emotional Schema Therapy (H. Zirak & R. Azadi, Trans.). Tehran: Arjmand Publication. 2015.
45. Leahy RL, Tirch DD, Melwani PS. Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012;5(4):362-79.
46. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*: Guilford Press; 2011.
47. Weersing VR, Rozenman MS, Maher-Bridge M, Campo JV. Anxiety, depression, and somatic distress: Developing a transdiagnostic internalizing toolbox for pediatric practice. *J Cognitive Behavioral Practice*. 2012;19(1), 68-82.
48. Leahy RL. Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*. 2016;51(2), 82-8.
23. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007;14(1):36-45.
24. Blanco C, Lipsitz J, Caligor E. Treatment of chronic depression with a 12-week program of interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(3):371-5.
25. Leahy R. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders In D. Sookman, & RL Leahy (Ed), *Treatment resistant anxiety disorders*. New York: Routledge; 2010.
26. Leahy RL. Introduction: Emotional schemas, emotion regulation, and psychopathology. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012;5(4):359-61.
27. Kianipour E, Hassani F, Rah Nejat AM, Ghanbari Panah A. Comparison of the effectiveness of emotional schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy on reducing the difficulty of emotion regulation in women with panic disorder. *Quarterly Journal of Nurse and Physician in War*. 2019;20(6). [Persian]
28. Ghodrati Shahtoori K, Rahnejat AM, Dabaghi P, Taghva A, Donyavi V, Ebrahimi MR, et al. Effectiveness of emotional schema therapy on improvement in cognitive-emotion regulation in attempting to self-mutilation soldiers. *Journal of Military Medicine*. 2020;22(9):956-68. [Persian]
29. Mohammadi H, Sepehri Shamloo Z, Asghari Ebrahimabad MJ. The effectiveness of group emotional schema therapy on reducing psychological distress and difficulty in regulating the emotion of divorced women.. *Thought and Behavior in Clinical Psychology (Thought and Behavior) (Applied Psychology)*. 2020;13(51):27-36. [Persian]
30. Kazemi H, Shojaei F, soltanizadeh M. The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Flexibility, Distress Tolerance, and Re-Experiencing the Trauma in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Military Caring Sciences*. 2018;4(4):236-48. [Persian]
31. Tavakoli Z, kazemi zahrani H. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Distress Problems and Self-Regulation in Patients with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research* 2018;13(2):41-9. [Persian]
32. Zhu H, Wei L, Niu PJGhr, policy. The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. 2020; 5(1):1-3.
33. Remuzzi A, Remuzzi GJTI. COVID-19 and Italy: what next? 2020;395(10231):1225-8.
34. Ryu S, Chun BC, of Epidemiology KSJE, health. An interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. 2020;42.
35. Dehghani M. The effectiveness of short-term anxiety modulating psychotherapy in the improvement of love trauma syndrome, PhD thesis in clinical psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2012. [Persian]