

Research Paper

Efficacy of transdiagnostic internet-based group therapy on distress tolerance and cognitive emotion regulation strategies on university students with adjustment disorder due to romantic breakup

Elmira Ariana Kia¹, Changiz Rahimi², Nourollah Mohammadi², Abdolaziz Aflak Seir³

1. Ph.D Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Citation: Ariana Kia E, Rahimi Ch, Mohammadi N, Aflak Seir A. Efficacy of transdiagnostic internet-based group therapy on distress tolerance and cognitive emotion regulation strategies on university students with adjustment disorder due to romantic breakup. J of Psychological Science. 2021; 20(106): 1749-1766.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1237-fa.html>



ORCID



doi [10.52547/JPS.20.106.1749](https://doi.org/10.52547/JPS.20.106.1749)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Romantic Breakup,
Cognitive Emotion
regulation strategies,
Distress Tolerance,
Transdiagnostic

Background: Transdiagnostic therapy a structured and short-term approach that is designed to improve emotional, cognitive and behavioral problems by targeting the common causes of emotional and mood disorders. This protocol emphasizes how to experience and respond to excitements and seeks to improve the non-matching responses of excitement, cognition and behavior. However, there is a research gap on the efficacy of transdiagnostic therapy on romantic breakup.

Aims: The aim of this study was to evaluate the efficacy of transdiagnostic internet-based group therapy on distress tolerance and cognitive emotion regulation strategies on university Students with adjustment disorder due to romantic breakup.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest-follow-up design with a control group. Due to Epidemic corona disease, the statistical population included all students with romantic breakup across the country in 2020 in the age group of 18 to 38 years who were selected online after filling in the initial self-made form by the researcher and the diagnostic interview by purposeful sampling method entered the research. After completing the questionnaires, a group were selected and were randomly assigned to two groups: 15 people in the experimental group (transdiagnostic group therapy), and 15 people in the control group. 90 min sessions was performed for the experimental group. Subjects completed the distress tolerance (Simons & Gaher, 2005) and cognitive emotion regulation (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002) in three stages: pretest, post-test and 1-month follow-up.

Results: Results of 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 indicated internet-based transdiagnostic group therapy can reduce the symptoms of romantic breakup.

Received: 29 Apr 2021

Accepted: 14 May 2021

Available: 22 Dec 2021

* **Corresponding Author:** Changiz Rahimi, Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

E-mail: crahimi2016@hotmail.com

Tel: (+98) 9177170543

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Parkes (2006) concluded in his study that losing the subject of love in adolescence is one of the greatest harms that can happen to individuals. The end of a romantic relationship is an event that puts a person at a disadvantage in terms of mental health and can affect all aspects of a person socially, mentally, physically and spiritually (Knöpfli, Cullati, Courvoisier, Burton-Jeangros, & Perrig-Chiello, 2015). Thus, romantic relationships and to romantic breakup play an important role in the mental health of individuals, especially young people, and in general 70% of students experience psychological distress after romantic breakup (Collins & Gillath, 2012). Therefore, given the prevalence of romantic breakup, focusing on the factors that aggravate and modify these conditions can be justified. Meanwhile, the strategies that people use to deal with harmful life conditions play an important role in mental health, and people who have difficulty managing their emotional responses have longer and more severe periods of their experience discomfort and are more likely to be depressed (Bardeen, Kumpula, & Orcutt, 2013) or to experience stress (Phillips, Henry, Nouzova, Cooper, Radlak, et al., 2014). One of the most common of these strategies is emotion regulation using cognitive strategies. Cognitions or cognitive processes help people to regulate their emotions and feelings and not be overwhelmed by the intensity of emotions (Hassani, 2010).

On the other hand, research shows that people react differently to the consequences of romantic breakup, some people are more comfortable with the past and learn from their experiences, while others suffer from functional and mood disorders (Gilbert & Sifers, 2011). Given that along with the romantic breakup, sadness, depression and anger appear in a person and endanger her mental health and interpersonal relationships, we must seek treatment that reduces this syndrome. The need to pay attention to psychological needs and psychological interventions to reduce emotional problems is becoming increasingly clear. In recent years, a number of treatment protocols have been developed using

cognitive-behavioral principles to target significant problems caused by emotional disorders (anxiety and mood disorders) (Carpenter, Andrews, Witcraft, Powers, Smits, & Hofmann, 2018). However, most people do not have access to these treatments. Norton and Hope argue that "this problem is not due to existing therapies but to the way they are presented" (Norton, 2012). In cognitive-behavioral approaches, the low prevalence of these therapies among therapists and the lack of access to these therapies for clients are two major problems in the way of specific therapies (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, Dalgleish, 2015). Transdiagnostic therapies (Barlow, Farchione, Firholme, Ellard, Boisseau, et al., 2011) were developed in response to these limitations. Given the strong empirical and theoretical evidence for the existence of more common factors than specific factors between anxiety and mood disorders and other related emotional disorders, these common factors are considered as rational on the emergence and conceptual foundations of transdiagnostic therapies. (Watkins, 2015).

Due to the prevalence of a new virus in Wuhan, China, called Quid disease-19 since December 2019 (Zhu, Wei, and New, 2020), online psychological interventions for people at risk, including students with romantic breakup who were quarantined last year Are essential .The experience of romantic breakup and the loss of a romantic relationship during student life is a very common phenomenon and often leads to poor academic performance and symptoms of anxiety and depression; therefore it needs special psychological attention. The use of the internet in the treatment of mental health is increasing due to its availability worldwide and people are looking for mental health information through the internet. Hence, Internet-based interventions are a unique opportunity to provide treatment to a large segment of the population. Research has also shown the effectiveness of online transdiagnostic therapy in emotional disorders such as anxiety and depression (Titov, Dear, Schwencke, Andrews, Johnston, et al., 2011; Johansson, Hesser, Ljótsson, Frederick, & Andersson, 2012). Therefore, the aim of this study was to evaluate of the efficacy of transdiagnostic internet-based group therapy on distress tolerance and

cognitive emotion regulation strategies on university Students with adjustment disorder due to romantic breakup.

Method

The present study was a quasi-experimental clinical trial with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all students suffer romantic breakup across the country in the age group of 18 to 38 years in 2020, who were selected online after completing the initial form of self-made demographics through advertising on the Telegram and Instagram channels of reputable universities .

Then, based on the entry and exit criteria, the study was conducted by available sampling method and after a diagnostic interview based on a short clinical interview (MINI-5) by the researcher. After selecting them online and performing the relevant questionnaires, a group was selected and randomly divided into two groups of 15 people in the experimental group (transdiagnostic therapy group) and 15 People were also replaced in the control group. At the end of the intervention, all of them were followed up online and also 1 month after the end of treatment. Inclusion criteria are: 18 to 38 years old student, have not left the relationship voluntarily, at

least 1 month and maximum 6 months have passed since the end of the relationship, receiving a diagnosis of adjustment disorder with symptoms of anxiety and depression based on a psychologist interview and completing the adjustment disorder scale. Exclusion criteria: Having other mental disorders in DSM-5 based on the interview of a psychologist, the presence of severe signs of mental retardation, existence of high risk of suicide, and the presence of brain damage or other physical illnesses and receiving medical treatment based on the individual report.

Finally, the members of the sample were randomly assigned to the transdiagnostic therapy group (Barlow, 2011; translated by Mohammadi et al., 2017) and the experimental group underwent a 10-session 90 min treatment group. And the waiting group did not receive treatment. At the end of the intervention, all of them were followed up online and also 1 month after the end of treatment, all of which were performed in Zoom software. Data analysis, descriptive statistical analysis, and repeated measures analysis of variance to control the effect of pre-test and evaluate the effectiveness of the study group in distress tolerance variables were cognitive emotion regulation strategies performed with SPSS 26 software.

Table 1. Results of repeated measures analysis of variance test to investigate the differences between groups in the distress tolerance variable in three stages: pre-test, post-test and follow-up

Variable	Source of change	Average squares	df	Total squares	F	significance level	Effect size
Tolerance	levels	22/898	1/678	38/422	3/539	0/045	0/112
	Groups	27/778	1	27/778	2/455	0/128	0/081
	levels * Group	85/196	1/678	142/956	13/169	0/001	0/320
Absorption	levels	42/339	1/594	67/489	13/349	0/001	0/323
	Groups	15/211	1	15/211	0/970	0/333	0/033
	levels * Group	18/583	1/594	29/622	5/859	0/009	0/173
Assessment	levels	34/994	1/774	62/067	10/228	0/001	0/268
	Groups	426/844	1	426/844	6/379	0/017	0/186
	levels * Group	46/245	1/774	82/022	13/517	0/001	0/326
Regulation	levels	17/954	1/728	31/022	6/238	0/006	0/182
	Groups	211/600	1	211/600	11/719	0/002	0/295
	levels * Group	63/121	1/728	109/067	21/933	0/001	0/439

Table 2. The results of repeated measures analysis of variance test to examine the differences between groups in the variable of emotional cognitive regulation strategies in three stages of pre-test, post-test and follow-up

Variable	Source of change	Average squares	df	Total squares	F	significance level	Effect size
positive refocusing, planning	levels	39/660	1/540	61/089	6/339	0/007	0/185
	Groups	1/111	1	1/111	/016	0/899	0/001
	levels * Group	82/508	1/540	127/089	13/188	0/001	0/320
positive appraisal, and putting into perspective	levels	17/875	1/948	34/822	4/002	0/025	0/125
	Groups	160/000	1	160/000	2/763	0/108	0/090

Variable	Source of change	Average squares	df	Total squares	F	significance level	Effect size
self- blame	levels * Group	63/071	1/948	122/867	14/120	0/001	0/335
	levels	27/641	1/752	48/422	12/658	0/001	0/311
	Groups	2/500	1	2/500	0/199	0/659	0/007
blaming others	levels * Group	50/499	1/752	88/467	23/126	0/001	0/452
	levels	52/180	1/902	99/267	15/257	0/001	0/353
	Groups	15/211	1	15/211	1/198	0/283	0/041
rumination	levels * Group	49/353	1/902	93/889	14/430	0/001	0/340
	levels	21/824	1/883	41/089	3/751	0/032	0/118
	Groups	139/378	1	139/378	4/903	0/035	0/149
catastrophising	levels * Group	30/889	1/883	58/156	5/308	0/009	0/159
	levels	27/395	1/828	50/067	10/315	0/001	0/269
	Groups	217/778	1	217/778	11/767	0/002	0/296
acceptance	levels * Group	35/031	1/828	64/022	13/190	0/001	0/320
	levels	51/323	1/562	80/156	17/130	0/001	0/380
	Groups	42/711	1	42/711	2/914	0/099	0/094
	levels * Group	47/908	1/562	74/822	15/990	0/001	0/363

Results

The results of descriptive findings showed that the mean age of participants in the experimental group was 26.53 and the standard deviation was 4.68 and in the control group the mean age of participants was 25.40 and the standard deviation was 4.54. Out of 15 people in the experimental group, 6 (40%) have a bachelor's degree, 6 (40%) have a master's degree and 1 (6.7%) has a doctorate and 2 (13.3%) and 1 (6/7) had a professional doctoral degree. Also, out of 15 controls, 5 (33.3%) have a bachelor's degree, 7 (46.7%) have a master's degree and 2 (13.3%) have a doctorate (6.7%). Have had a professional doctoral degree. Also in the experimental group, 13 (86.7%) were girls and 2 (13.3%) were boys, and in the control group, 10 (66.7%) were girls and 5 (33.3%) were boys. In the inferential findings section, repeated measures analysis of variance was used to analyze the data, and the assumption that the data were normal was performed by Kalmogorov-Smirnov test. The results of this test showed that all variables in the pre-test, post-test and follow-up follow the normal distribution. In order to check the assumption of uniformity of covariances or equality of covariances with total covariance, the mauchly's test of sphericityis was used. If the significance of the mauchly's test of sphericityis higher than 0.05, the mauchly's test of sphericityis test is usually used, and if it is not confirmed, the conservative Greenhouse-Geisser test is used to analyze the variance of the repeated measures. Since the results of the mauchly's test of sphericityis were significant ($P < 0.05$), the

Greenhouse-Geiser index was used and for pairwise comparisons, the Bonferroni post hoc test was used, which finally confirmed all these assumptions.

Based on the results, the mean scores of the distress tolerance variable in the transdiagnostic treatment group increased compared to the control group in the post-test and follow-up stages compared to the pre-test stage. It does not show much change, but in the transdiagnostic therapy treatment group, we see an increase in the scores of positive cognitive regulatory factors and a decrease in the scores of negative cognitive regulatory factors in the post-test and follow-up stages compared to the pre-test.

Based on the findings obtained in Table 1, the difference between the scores of the components of tolerance ($P < 0.05$), absorption ($P < 0.01$), evaluation ($P < 0.01$) and adjustment ($P < 0.01$) in three stages of research is significant. Based on the findings in Table 2, the difference between the scores of the positive focus/planning components ($P < 0.01$), positive evaluation / broader perspective ($P < 0.05$), self-blame ($P < 0.01$), blame others ($P < 0.01$), rumination ($P < 0.05$), catastrophic ($P < 0.01$) and acceptance ($P < 0.01$) were significant in three stages of the study.

Conclusion

The results of the analysis showed that the transdiagnostic therapy group is effective in distress tolerance of students with adjustment disorder due to romantic breakup. These results are consistent with the findings of Laposa and et al. (2017) and the research of Nargesi and et al (2019).

Explaining this result, it should be noted that the end of a special romantic relationship causes distressing symptoms in many people who have experienced it. An important part of transdiagnostic therapy is understanding the adaptive nature of emotions and increasing emotional awareness using mindfulness techniques. In the sessions, the clients are taught that all emotions, whether positive or negative, are important and necessary. Our goal is not to eliminate, but to identify, tolerate and cope with negative emotions. Awareness of emotions and its acceptance has played an important role in treatment because if a person does not accept his particularly negative emotions, he has not been able to gather all his energy sources and find a suitable solution in that situation (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, & Staples, 2009).

The results of the analysis also showed that the transdiagnostic therapy group is effective on cognitive emotion regulation strategies of students with adjustment disorder due to romantic breakup. These results are consistent with the findings of Talkovsky et al. (2017), Zemestani and Imani (2015), Ashena et al. (2021), Abdolkarimi et al. (2015), Azimi et al. (2015) and Fadaei et al (2015).

In explaining the effect of this intervention method on emotional dysregulation as one of the factors involved in the development of emotional disorders (Gross, 2014) it can be said that transdiagnostic interventions teach people how to deal with

inappropriate emotions in order to respond to their emotions in a more adaptive way. The goal of this method is to reduce the severity and occurrence of emotional habits, reduce the amount of damage and increase function by regulating emotion regulation habits. Transdiagnostic therapy, instead of inhibiting or controlling negative emotions, understands the adaptive nature of emotions and increases emotional awareness by using mindfulness techniques (Barlow, 2017). All of these skills, by modifying emotional regulation habits, lead to a reduction in the difficulty of emotional regulation and return emotions to a functional level that has a direct impact on emotional symptoms (Bakhshipour, Alilou, Farnam, and Abdi, 2012).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of clinical psychology in Shiraz University and is approved by Shiraz University of Medical Sciences and has the code of ethics IR.SUMS.REC.1400.070.

Funding: This research is in the form of a doctoral dissertation without financial support.

Authors' contribution: The first author is the main researcher of this research. The second author is the supervisor and the third and fourth authors are the advisory professors of the dissertation.

Conflict of interest: The authors do not disclose any conflict of interest in this study.

Acknowledgments: The authors of the article sincerely thank all the participants and individuals who helped to carry out this research as well as possible.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

مقاله پژوهشی

اثربخشی گروه درمانگری فراتشخیصی اینترنتی بر تحمل پریشانی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی

المیرا آریاناکیا^۱، چنگیز رحیمی*^۲، نورالله محمدی^۳، عبدالعزیز افلاک‌سیر^۳

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

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

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

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: درمان فراتشخیصی رویکردی ساختارمند و کوتاه مدت است که با هدف قرار دادن عوامل مشترک اختلالات هیجانی و خلقی برای بهبود مشکلات هیجانی، شناختی و رفتاری طراحی شده است. این پروتوکل درمانی تأکید ویژه‌ای بر روی نحوه تجربه و پاسخدهی به هیجان‌ها دارد و سعی در بهبود پاسخ‌های سازش‌نا یافته هیجان، شناخت و رفتار می‌کند. اما درمورد اثربخشی درمان فراتشخیصی بر شکست عاطفی شکاف تحقیقاتی وجود دارد.

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانگری فراتشخیصی اینترنتی بر تحمل پریشانی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی صورت گرفت.

روش: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه بود. با توجه به شیوع بیماری کرونا، جامعه‌ی آماری شامل کلیه دانشجویان دچار شکست عاطفی سراسر کشور در سال ۱۳۹۹ در رده سنی ۱۸ تا ۳۸ سال بود که به صورت آنلاین انتخاب شدند و پس از پر کردن فرم اولیه خودساخته توسط پژوهشگر و مصاحبه تشخیصی با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد پژوهش شدند. پس از انجام پرسشنامه‌ها، یک گروه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه به صورت ۱۵ نفر در گروه آزمایش (گروه درمانگری فراتشخیصی) و ۱۵ نفر در گروه گواه جایگزین شدند. درمان طی ۱۰ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایشی اجرا شد. آزمودنی‌ها در سه مرحله پرسشنامه‌ی تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان (گارنفسکی، کرایج و اسپینهاوون، ۲۰۰۲) را تکمیل کردند: پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۱ ماهه.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس مختلط نشان دهنده تفاوت معنی‌دار ($P < 0/05$) نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه در متغیرهای تحمل پریشانی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بود.

نتیجه‌گیری: از یافته‌های این پژوهش استنباط می‌شود که گروه درمانگری فراتشخیصی اینترنتی می‌تواند علائم ناشی از شکست عاطفی را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها:

شکست عاطفی،

راهبردهای نظم‌جویی شناختی

هیجان،

تحمل پریشانی،

فراتشخیصی

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۲/۰۹

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۲/۲۴

منتشر شده: ۱۴۰۰/۱۰/۰۱

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

رایانامه: crahimi2016@hotmail.com

تلفن: ۰۹۱۷۷۱۷۰۵۴۳

مقدمه

در دوره جوانی افراد دنبال رابطه با جنس مکمل هستند و به تدریج یافتن شریک زندگی، به رویداد مهمی در زندگی تبدیل می‌شود و ممکن است پدیده عشق در فرد ظهور کند (رحمت جیرده، سوداگر، جمهوری، ۲۰۱۵؛ مک کارتی و موگان، ۲۰۱۰). پارکز (۲۰۰۶) در بررسی‌های خود به این نتیجه رسید که از دست دادن موضوع عشق در دوره جوانی یکی از بزرگترین آسیب‌هایی است که می‌تواند برای افراد اتفاق بیفتد. پایان رابطه عاشقانه رویدادی است که فرد را از نظر سلامت روانی در وضعیت نامطلوبی قرار می‌دهد و می‌تواند بر همه زمینه‌های اجتماعی، روانی، جسمانی و معنوی فرد تأثیر بگذارد (نافلی، کالاتی، کورویزر، بورتن، و پریگ، ۲۰۱۵). شکست عاطفی می‌تواند منجر به علائمی از جمله افسردگی، خشم، احساس ناامنی عمیق، احساس درماندگی، گناه، هراس، ناامیدی، بدبینی، آسیب‌پذیری، از دست دادن تمرکز، امیدواری، انگیزه و انرژی، و علائم جسمانی مانند سردرد و اختلال خواب، بی‌اشتهایی یا پرخوری، تغییراتی در میل جنسی، بی‌حوصلگی، خستگی، و کندی روانی - حرکتی شود (دلپالاسیو-گونزالس، کلارک، و اسالیوان، ۲۰۱۷). بنابراین، روابط عاطفی و شکست‌های عاطفی نقش مهمی در بهداشت روانی افراد به ویژه جوانان دارد و به طور کلی ۷۰ درصد از دانشجویان پریشانی روانشناختی را بعد از شکست عاطفی تجربه می‌کنند (کولینز و گیلات، ۲۰۱۲). لذا به دلیل گسترش شکست عاطفی، تمرکز بر عوامل تشدید کننده و تعدیل کننده این شرایط قابل توجه است. در این میان، راهبردهایی که افراد برای مقابله با شرایط آسیب‌زای زندگی بکار می‌گیرند نقش مهمی در سلامت روان ایفا می‌کند و افرادی که در مدیریت پاسخ‌های هیجانی خود مشکل دارند، دوره‌های طولانی‌تر و شدیدتری از ناراحتی را تجربه می‌کنند و احتمال بیشتری وجود دارد که این افراد افسرده باشند (باردین، کامپالا، و ارکات، ۲۰۱۳) یا استرس را تجربه کنند (فیلیس، هنری، نوزوا، کوپر، رادلک و همکاران، ۲۰۱۴). یکی از متداول‌ترین این راهبردها، نظم‌جویی هیجان با استفاده از راهبردهای شناختی است. شناخت‌ها یا فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند که هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم کرده و توسط شدت هیجان‌ها مغلوب نشوند (حسنی، ۱۳۸۹). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی، راهبردهای سازش‌یافته (ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی و توسعه دیدگاه) و

راهبردهای سازش‌نیافته (ملامت خود، ملامت دیگران، پذیرش، فاجعه سازی و نشخوارگری) تقسیم‌بندی می‌شود (گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۲). این اختلال در راهبردهای نظم‌جویی هیجان ناشی از استرس می‌تواند منجر به اختلالات خلقی و اضطرابی شود (هافمن، ساویر، فنگ و اسناتی، ۲۰۱۲).

از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان می‌دهد واکنش افراد به پیامدهای ناشی از شکست عاطفی متفاوت است، بعضی افراد راحت‌تر با گذشته برخورد می‌کنند و بدنال‌پندآموزی از تجربه‌هایشان هستند، درحالی که برخی دیگر دچار اختلالات خلقی و کارکردی می‌شوند (گیلبرت و سیفرس، ۲۰۱۱). 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 عملکردهایشان می‌گردد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). با توجه به اینکه همراه با شکست عشقی، اندوه، افسردگی، و خشم در فرد ظاهر می‌شود و سلامت روان و روابط بین فردی او را با خطر مواجه می‌کند باید به دنبال درمانی بود که این نشانگان را کاهش دهد. لزوم توجه به نیازهای روانشناختی و مداخلات روانشناختی برای کاهش مشکلات هیجانی بیش از پیش روشن است. در طی سال‌های اخیر تعدادی از پروتکل‌های درمانی با استفاده از اصول شناختی رفتاری برای مورد هدف قرار دادن مشکلات چشمگیر ناشی از اختلال‌های هیجانی (اختلال اضطرابی و خلقی) شکل گرفته‌اند (کارپنتر، اندروز، ویتکرافت، پاورز، اسمیت و هافمن، ۲۰۱۸). اما، اغلب افراد به این درمان‌ها دسترسی ندارند. نورتن و هوپ معتقدند "این مشکل از درمان‌های موجود نیست بلکه ناشی از نحوه ارائه آنهاست (نورتن، ۲۰۱۲)". در رویکردهای شناختی - رفتاری گسترش کم این درمان‌ها بین درمانگران و عدم دسترسی به این شیوه‌های درمانی برای مراجعین دو مشکل بزرگ بر سر راه درمان‌های اختصاصی است (نیوبای، مک کینون، کویکن، گیلبدی، دالگلیش، ۲۰۱۵). درمان‌های فراتشخیصی (بارلو، فارشیون، فیهرلم، الارد، بوئیسو و همکاران،

فردی و اجتماعی در دانشجویان دختر (عظیمی، امیدی، شفییعی و نادمی، ۱۳۹۶) و تمایز یافتگی خود و دشواری‌های تنظیم هیجانی در مراجعان دارای نشانگان اضطراب بود (فدائی، قنبری و کیمیایی، ۱۳۹۷).

علاوه بر این، با توجه به اینکه از دسامبر ۲۰۱۹ میلادی با انتشار ویروس جدیدی در ووهان چین با نام بیماری کووید-۱۹ (زو، وی، و نیو، ۲۰۲۰) و قدرت سرایت بالای آن به طوریکه در کمتر از ۴ ماه تمامی کشورهای جهان را آلوده کرد (رموزی و رموزی، ۲۰۲۰) و با توجه به خصوصیت بیماری‌زایی این ویروس، سرعت انتشار و 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 (رایو و چن، ۲۰۲۰) 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؛ 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. پژوهش‌ها نیز حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی اینترنتی در اختلالات هیجانی از جمله اضطراب و افسردگی است (تیتاو، دیر، شوانکه، اندروز، جانسون و همکاران، ۲۰۱۱؛ جانسون، هسر، ال‌جاتسون، فردریک و آندرسون، ۲۰۱۲) کمبود تحقیقات کنترل‌شده در مورد شکست عاطفی نه تنها در ایران بلکه در کشورهای دیگر نیز مطرح است، و علی‌رغم گزارش اثربخشی طحرواره درمانی در درمان شکست‌های عاطفی، و روان‌درمانی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر نشانگان ضربه‌ی عشق هیچ رویکرد درمانی انتخابی و ترجیحی برای درمان این مسئله تأیید و پیشنهاد نشده است؛ بنابراین، فقدان داده‌ها و اطلاعات در مورد اثربخشی رویکردهای درمانی

در پاسخ به این محدودیت‌ها ایجاد شدند. با توجه به شواهد تجربی و نظری قوی در مورد وجود بیشتر عوامل مشترک نسبت به عوامل اختصاصی در بین اختلال‌های اضطرابی و خلقی و سایر اختلال‌های هیجانی وابسته، این عوامل مشترک بعنوان منطقی بر پدیدآیی و زیربنای مفهومی درمان‌های فراتشخیصی در نظر گرفته شدند (واتکینز، ۲۰۱۵). این رویکرد علاوه بر تأکید بر فرآیندهای شناختی و رفتاری بر تجربه هیجانی و واکنش به هیجان‌ها (چه مثبت و چه منفی)، متمرکز است و نحوه مقابله کارآمد با هیجان‌های نامناسب را به افراد می‌آموزد که منجر به کاهش شدت و وقوع عادت‌های هیجانی، میزان آسیب و افزایش کارکرد خواهد شد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). این روش درمانی با ادغام مؤلفه‌های مشترک درمان شناختی- رفتاری برای اختلال‌های هیجانی و با استفاده از آخرین پیشرفت‌ها در حوزه علم هیجان، تلاش می‌کند تا فرآیندهای اصلی سبب‌ساز اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار دهد (نورتن و باررا، ۲۰۱۲).

پژوهش‌ها اثربخشی درمانگری فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و تحمل پریشانی (لاپوسا، مانکوزو، آبراهام و لولی دانو، ۲۰۱۷) و اثربخشی درمانگری فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی- اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری را نشان داده است (نرگسی، فتحی آشتیانی، داودی، و اشرفی، ۱۳۹۸). همچنین پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی گروه درمانگری فراتشخیصی بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بوده است از جمله پژوهشی مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی، عاطفه منفی، بازداری رفتاری و مشکلات تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی (تالکووسکی، گرین، اوسگودا و نورتن، ۲۰۱۷) و همچنین نتایج پژوهشی مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نیز تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان در افراد مبتلا به حداقل یک اختلال اضطرابی و اختلال افسردگی همبود بود (زمستانی و ایمانی، ۱۳۹۵). یافته‌های دیگر حاکی از اثربخشی گروه‌درمانگری فراتشخیصی یکپارچه بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان مبتلا به سرطان (آشنا، بشارت، ملیحی‌الذاکرینی و رافضی، ۱۴۰۰) و تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی (عبدالکریمی، قربان شیرودی، خلعتبری، زربخش، ۱۳۹۷) و ابعاد تنظیم هیجانی و سازگاری

1. COVID-19

مختلف از جمله اثربخشی رویکرد فراتشخیصی به منظور درمان دانشجویان دچار شکست عاطفی، ضرورت و اهمیت این پژوهش را به خوبی تبیین می‌کند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر گروه درمانگری فراتشخیصی اینترنتی بر تحمل پریشانی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی بوده است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه بوده است. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانشجویان دچار شکست عاطفی سراسر کشور در سال ۱۳۹۹ در رده سنی ۱۸ تا ۳۸ سال بود که به صورت آنلاین از طریق تبلیغات انجام شده در کانال تلگرامی و اینستاگرامی دانشگاه‌های معتبر (دانشگاه تهران، دانشگاه شریف، دانشگاه خوارزمی و دانشگاه شیراز) و پس از پر کردن فرم اولیه خودساخته جمعیت‌شناختی توسط پژوهشگر مبنی بر داشتن شرایط ورود و خروج به مطالعه با روش نمونه‌گیری دردسترس و پس از مصاحبه تشخیصی براساس مصاحبه بالینی کوتاه^۱ (M.I.N.I.-5) توسط پژوهشگر انتخاب شدند. پس از انتخاب آن‌ها به صورت آنلاین و تصویری و در نرم‌افزار زوم در مدت ۱ ماه و انجام پرسشنامه‌های مربوطه یک گروه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه به صورت ۲۰ نفر در گروه آزمایش (گروه درمانی فراتشخیصی) و ۲۰ نفر نیز در گروه گواه جایگزین شدند که از هر گروه ۵ نفر به دلایل مختلف از جمله غیبت مکرر یا بازگشت به رابطه قبلی و... از پژوهش خارج شدند. در پایان مداخله از همه آن‌ها به صورت آنلاین پس‌آزمون و نیز ۱ ماه پس از پایان درمان، پیگیری به عمل آمد. ملاک‌های ورود عبارتند از: دانشجوی ۱۸ تا ۳۸ ساله، به خواست خود از رابطه خارج نشده باشند، حداقل ۱ ماه و حداکثر ۶ ماه از پایان رابطه گذشته باشد، دریافت تشخیص اختلال سازگاری با علائم اضطرابی یا افسردگی بر اساس مصاحبه روانشناس و پر کردن مقیاس اختلال سازگاری، عدم ابتلا به سایر اختلالات روانی در DSM-5 براساس مصاحبه روانشناس، عدم وجود

نشانه‌های شدید کندی روانی حرکتی، عدم وجود خطر بالای خودکشی با توجه به مصاحبه و فرم اولیه مبنی بر نداشتن سابقه خودزنی و خودکشی در گذشته، و عدم وجود آسیب مغزی یا سایر بیماری‌های جسمانی و عدم دریافت درمان دارویی براساس گزارش خود فرد. ملاک‌های خروج عبارتند از: بیش از ۳ جلسه غیبت، عدم انجام تکالیف محوله در بیش از ۳ جلسه، بازگشت به رابطه قبلی، شروع رابطه‌ای جدید در حین گروه. 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 صورت عدم تمایل به ادامه شرکت در درمان با اطلاع قبلی می‌توانند پژوهش را ترک کنند و در صورت بروز بحران یا تشدید علائم به روانپزشک یا درمانگر فردی ارجاع خواهند شد.

ب) ابزار

فرم اطلاعات اولیه جمعیت‌شناختی^۲: 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 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.

مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری^۳ (ADNM-20): فرم ۲۰ سؤالی مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری توسط لرنز، باجم و مارکر (۲۰۱۶) 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، باجم و مارکر (۲۰۱۶) ضرایب قابلیت اعتماد همسانی درونی به وسیله ضریب آلفای

3. Adjustment Disorder New Model-20

1. MINI International Neuropsychiatric Interview

2. Demographic Information Questionnaire

کرونباخ ۰/۹۰ برای علایم اصلی و ۰/۸۹ برای علایم فرعی به دست می‌آمد. در پژوهش سرافراز و همکاران نیز آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۷ بود که از حاکی از قابلیت اعتماد مطلوب کل پرسشنامه بود. بررسی‌های آماری داده‌های این پژوهش حاکی از درستی و قابلیت اعتماد مناسب پرسشنامه بود (سرافراز، شهوند و زارعی، ۱۳۹۶).

پرسش‌نامه تحمل پریشانی^۱ (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، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). قابلیت اعتماد این مقیاس توسط سابورین (۲۰۱۳) $I = 0.61$ گزارش شده است. قابلیت اعتماد مقیاس تحمل پریشانی و خرده مقیاس‌های آن علاوه بر هنجار اولیه، در پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲) به ترتیب تحمل پریشانی، تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم، ۰/۸۵، ۰/۵۳، ۰/۷۵، ۰/۷۵، ۰/۶۹ به دست آمد. همچنین مشخص شده است که این مقیاس دارای درستی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است.

پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان^۲ (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 نظم‌جویی 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 نظم‌جویی هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت مجدد و کم اهمیت شماری) و راهبردهای سازش‌نیافته شناختی نظم‌جویی هیجان که شامل (خودسرزنشگری، سرزنش دیگران، فاجعه‌آمیزپنداری و نشخوار فکری) می‌باشد. که تعداد ۲۰ ماده پرسشنامه راهبردهای سازش‌یافته و ۱۶ ماده دیگر راهبردهای سازش‌نیافته شناختی نظم‌جویی هیجان را می‌سنجد. 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. (گارفنسکی، کرایچ و اسپینهاوون، ۲۰۰۲). گارفنسکی و همکاران (۲۰۰۱) قابلیت اعتماد این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای راهبردهای سازش‌یافته و ۰/۸۷ برای راهبردهای سازش‌نیافته، گزارش کردند (گارفنسکی، کرایچ و اسپینهاوون، ۲۰۰۱). گارفنسکی و همکاران (۲۰۰۲) ضریب اعتماد خرده مقیاس‌های 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 (۱۳۸۹) هنجاریابی شده است که قابلیت اعتماد 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 درستی آن از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و درستی ملاکی، مطلوب گزارش شده است.

مصاحبه بالینی کوتاه^۳ (M.I.N.I-5): این مصاحبه به عنوان یک مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات روان‌پزشکی محور یک بر مبنای طبقه‌بندی تشخیصی بین‌المللی DSM-5 و ICD طراحی شده است و توسط یعقوبی و همکاران ترجمه و بازبینی شده است (یعقوبی، آریاناکیا، طارمیان، پیروی، حسن‌آبادی، و همکاران، ۱۳۹۷). پژوهش‌هایی که اعتبار و روایی آن را با SCID-P و CIDI مقایسه کرده‌اند، نشان دهنده قابلیت اعتماد و درستی قابل قبول این مصاحبه است (لکویبر، شیهان، ویلر، آموریم، بونورا و همکاران، ۱۹۹۷).

1. Distress Tolerance Scale

2. Cognitive Emotion Regulation questionnaire

3. MINI International Neuropsychiatric Interview

از آن است که تفاوت مشاهده شده 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 ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. که از آنجا که نتایج آزمون مخلی معنی‌دار بود ($P < 0/05$) از شاخص گرینهاوس-گیسر استفاده شد و برای مقایسه‌های زوجی نیز از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد که در نهایت همگی این پیش‌فرض‌ها مورد تأیید قرار گرفت.

بر اساس نتایج جدول ۲ نمرات میانگین نمرات متغیر تحمل پریشانی در گروه درمان فراتشخیصی نسبت به گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است.

بر اساس نتایج جدول ۳ در گروه گواه میانگین نمرات در پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه درمان فراتشخیصی، شاهد افزایش نمرات عامل‌های نظم‌جویی شناختی مثبت و کاهش نمرات عامل‌های نظم‌جویی شناختی منفی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون هستیم.

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۴ تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های تحمل ($P < 0/05$)، جذب ($P < 0/01$)، ارزیابی ($P < 0/01$) و تنظیم ($P < 0/01$) در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است. نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به ۳۲، ۱۷/۳، ۳۲/۶ و ۴۳/۹ 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.

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. نهایتاً اعضای نمونه به شیوه تصادفی در گروه درمانی فراتشخیصی (بارلو، ۲۰۱۱؛ ترجمه محمدی و همکاران، ۱۳۹۶) (جدول ۱) و گروه در انتظار درمان قرار گرفتند و گروه آزمایش تحت گروه درمانی ۱۰ جلسه ای یک و نیم ساعته قرار گرفت و گروه در انتظار درمان، درمانی دریافت نکرد. در پایان مداخله نیز از همه آن‌ها به صورت آنلاین پس‌آزمون و نیز ۱ ماه پس از پایان درمان، پیگیری به عمل آمد که همگی در نرم‌افزار زوم^۱ انجام شد. روش تحلیل داده‌ها، تحلیل آماری توصیفی، و روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و بررسی اثربخشی گروه مورد مطالعه در متغیرهای تحمل پریشانی، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بود که با نرم‌افزار SPSS 26 انجام شد.

یافته‌ها

نتایج یافته‌های توصیفی نشان داد میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۲۶/۵۳ و انحراف معیار ۴/۶۸ و در گروه گواه میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۵/۴۰ و انحراف معیار ۴/۵۴ بود. از ۱۵ نفر گروه آزمایش، ۶ نفر (۴۰ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی، ۶ نفر (۴۰ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۱ نفر (۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دکتری تخصصی و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) و ۱ نفر (۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دکتری حرفه‌ای بوده‌اند. همچنین از ۱۵ نفر گروه گواه، 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 (۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دکتری حرفه‌ای بوده‌اند. همچنین در گروه آزمایش، ۱۳ نفر (۸۶/۷ درصد) دختر و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) پسر بوده‌اند و در گروه گواه ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) دختر و ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) پسر بوده‌اند. در بخش یافته‌های استنباطی برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون کالموگروف-اسمیرنوف انجام شد. این پیش‌فرض حاکی

1. Zoom

جدول ۱. خلاصه جلسات فراتشخیصی اینترنتی (بارلو و همکاران (۲۰۱۱)، پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلال های هیجانی (راهنمای درمانگر). ترجمه محمدی و همکاران. (۱۳۹۶)

جلسات	محتوای جلسات	تکالیف
۱	برقراری اتحاد درمان و مرور علائم شکست عاطفی، ایجاد پیوستگی گروهی، خلاصه‌ای از طرح درمانی، آشنا کردن افراد گروه با ساختار، فرآیند و مدل مداخله	آموزش ثبت و نظارت بر هیجان‌ها
۲	آموزش روانی در خصوص ماهیت هیجان‌ها و تفکیک افکار از هیجان است و آشنایی با سه مؤلفه هیجان	آموزش ثبت و نظارت بر هیجان‌ها
۳	افزایش آگاهی نسبت به ماشه چکان‌های تجارب هیجانی و پاسخ‌ها و شناسایی پیشیندها، پاسخ‌ها و پیامدها	تکمیل برگه پیشیندها، پاسخ، پیامد
۴	افزایش آگاهی غیرقضاوتی و لحظه‌ای از تجربیات هیجانی، جهت‌دهی به سمت اینجا و اکنون، برانگیختن هیجان‌های مثبت و منفی، اجتناب از سرکوبی هیجانی	تکمیل فرم تجربه لحظه و ثبت القای خلق / تکمیل فرم نظارت بر هیجان‌ها و رفتارهای هیجان خاست در زمینه
۵	شناسایی و بازنگری در الگوهای تفکر با هدف ایجاد انعطاف‌پذیری در تفکر از طریق تمرین ارزیابی شناختی و اصلاح تله‌های ذهنی نتیجه‌گیری شتابزده و فاجعه‌سازی	طرح داستان‌هایی با محتوای مثبت برای تصویر مبهم
۶	شناسایی رفتارهای متأثر از هیجان‌ها و ایجاد رفتارهای ناهمخوان و مواجهه هیجانی، آموزش تشخیص اثر متناقض سرکوبی و کنترل هیجان و شناخت و پیشگیری از الگوهای اجتناب هیجانی	تکمیل برگه راهبردهای اجتناب از هیجان‌ها
۷	شناسایی رفتارهای هیجان خاست و لزوم مقابله با آن‌ها و ایجاد عادت به انجام کنش‌های جایگزین، آگاهی به احساسات بدنی و تحمل آن‌ها	تکمیل برگه رفتارهای هیجان خاست و برگه تغییر آن‌ها
۸	مواجهه هیجانی؛ معرفی منطق برانگیختگی هیجانی، شناسایی تأثیر تجربه هیجانی در احساس جسمانی از طریق شناسایی حس‌های بدنی مربوط به هیجان	تکمیل برگه آزمون القای علائم و تمرین‌های مربوطه
۹	مواجهه مکرر و نقش‌خوگیری، پیشگیری از اجتناب موقعیتی. ایجاد سلسله مراتب ترس و اجتناب و فراهم کردن امکان مواجهه هیجانی	تکمیل برگه سلسله مراتب اجتناب هیجانی و موقعیتی
۱۰	مرور مهارت‌های لازم برای مقابله با هیجان‌ها، بررسی پیشرفت درمان، تشویق به تعمیم مهارت‌ها و تعیین اهداف برای پیشرفت مداوم، پیشگیری از عود، جمع‌بندی	تکمیل فرم ارزیابی پیشرفت، طرح تمرین، و فرم اهداف بلند مدت

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیر تحمل پریشانی در گروه پژوهش

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
فراتشخیصی	تحمل	۹۹۵/۱	۲۷/۱۰	۰۵۸/۳	۴۷/۹
	جذب	۷۹۸/۲	۶۷/۱۰	۶۱۰/۲	۱۳/۱۰
	ارزیابی	۷۶۳/۵	۴۷/۱۹	۲۴۰/۴	۲۰/۱۸
	نظم جویی	۷۹۵/۲	۵۳/۱۰	۹۲۴/۲	۸۷/۹
	تحمل پریشانی	۷۱۲/۹	۹۳/۵۰	۸۶۷/۹	۶۷/۴۷
گواه	تحمل	۶۹۳/۳	۸۷/۶	۲۰۰/۲	۱۳/۷
	جذب	۵۶۰/۲	۶۷/۸	۸۷۰/۲	۹۳/۸
	ارزیابی	۵۶۳/۵	۸۷/۱۲	۸۳۸/۴	۶۷/۱۳
	نظم جویی	۱۳۲/۳	۴۷/۵	۲۳۲/۲	۷۳/۵
	تحمل پریشانی	۵۰۸/۹	۸۷/۳۳	۲۰۳/۹	۴۷/۳۵

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
گروه	تمرکز مثبت مجدد / برنامه‌ریزی	۴۰/۶۱	۳۵/۴۷	۴/۴۰۶	۳۴/۲۰
	ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیعتر	۳/۵۰۲	۲۴/۰۷	۳/۷۵۱	۲۴/۴۰
	نظم جویی شناختی مثبت	۷/۱۴۳	۵۹/۵۳	۷/۲۰۰	۵۸/۶۰
	سرزنش خود	۲/۲۵۱	۸/۹۳	۲/۳۷۴	۸/۴۷

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
سرزنش دیگران	۱۳/۱۳	۲/۴۷۵	۹/۵۳	۲/۶۱۵	۱/۶۳۹
نشخوار فکری	۱۷/۶۰	۲/۱۶۵	۱۴/۴۷	۲/۶۴۲	۳/۱۰۵
فاجعه آمیز کردن	۱۴/۶۷	۲/۳۲۰	۱۱/۰۷	۳/۴۹۴	۲/۶۹۴
پذیرش	۱۳/۲۷	۲/۸۹۰	۹/۶۷	۲/۴۹۸	۲/۲۶۴
نظم‌جویی شناختی منفی	۷۰/۹۳	۶/۹۳۳	۵۳/۶۷	۸/۸۰۵	۸/۱۸۴
تمرکز مثبت مجرد / برنامه‌ریزی	۳۴/۲۷	۶/۱۵۸	۳۳/۵۳	۵/۴۳۶	۵/۶۸۸
ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر	۲۱/۰۷	۵/۴۹۶	۲۰/۲۰	۵/۵۰۶	۵/۲۳۳
نظم‌جویی شناختی مثبت	۵۵/۳۳	۹/۱۶۳	۵۳/۷۳	۹/۳۹۲	۸/۳۱۹
سرزنش خود	۹/۸۰	۳/۰۰۵	۱۰/۸۰	۲/۵۴۱	۱/۷۱۰
سرزنش دیگران	۱۱/۰۷	۲/۷۸۹	۱۱/۸۰	۲/۷۸۳	۲/۶۹۰
نشخوار فکری	۱۸/۰۷	۳/۴۵۳	۱۸/۸۷	۴/۸۹۷	۴/۶۴۲
فاجعه آمیز کردن	۱۵/۴۰	۲/۵۸۶	۱۵/۵۳	۲/۵۸۸	۲/۹۱۵
پذیرش	۱۲/۰۷	۲/۷۳۸	۱۲/۴۰	۲/۰۶۳	۲/۶۸۵
نظم‌جویی شناختی منفی	۶۶/۴۰	۵/۵۶۵	۶۹/۴۰	۴/۵۴۸	۶/۳۶۴
تمرکز مثبت مجدد / برنامه‌ریزی	۳۰/۷۳	۴/۰۶۱	۳۵/۴۷	۴/۴۰۶	۴/۳۹۵

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	میزان تأثیر
تحمل	مراحل	۳۸/۴۲۲	۱/۶۷۸	۲۲/۸۹۸	۳/۵۳۹	۰/۰۴۵	۰/۱۱۲
	گروه‌ها	۲۷/۷۷۸	۱	۲۷/۷۷۸	۲/۴۵۵	۰/۱۲۸	۰/۰۸۱
جذب	مراحل * گروه	۱۴۲/۹۵۶	۱/۶۷۸	۸۵/۱۹۶	۱۳/۱۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۰
	مراحل	۶۷/۴۸۹	۱/۵۹۴	۴۲/۳۳۹	۱۳/۳۴۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۳
ارزیابی	گروه‌ها	۱۵/۲۱۱	۱	۱۵/۲۱۱	۰/۹۷۰	۰/۳۳۳	۰/۰۳۳
	مراحل * گروه	۲۹/۶۲۲	۱/۵۹۴	۱۸/۵۸۳	۵/۸۵۹	۰/۰۰۹	۰/۱۷۳
نظم‌جویی	مراحل	۶۲/۰۶۷	۱/۷۷۴	۳۴/۹۹۴	۱۰/۲۲۸	۰/۰۰۱	۰/۲۶۸
	گروه‌ها	۴۲۶/۸۴۴	۱	۴۲۶/۸۴۴	۶/۳۷۹	۰/۰۱۷	۰/۱۸۶
نظم‌جویی	مراحل * گروه	۸۲/۰۲۲	۱/۷۷۴	۴۶/۲۴۵	۱۳/۵۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲۶
	مراحل	۳۱/۰۲۲	۱/۷۲۸	۱۷/۹۵۴	۶/۲۳۸	۰/۰۰۶	۰/۱۸۲
نظم‌جویی	گروه‌ها	۲۱۱/۶۰۰	۱	۲۱۱/۶۰۰	۱۱/۷۱۹	۰/۰۰۲	۰/۲۹۵
	مراحل * گروه	۱۰۹/۰۶۷	۱/۷۲۸	۶۳/۱۲۱	۲۱/۹۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	میزان تأثیر
تمرکز مثبت مجدد / برنامه‌ریزی	مراحل	۶۱/۰۸۹	۱/۵۴۰	۳۹/۶۶۰	۶/۳۳۹	۰/۰۰۷	۰/۱۸۵
	گروه‌ها	۱/۱۱۱	۱	۱/۱۱۱	۱/۰۱۶	۰/۸۹۹	۰/۰۰۱
ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر	مراحل * گروه	۱۲۷/۰۸۹	۱/۵۴۰	۸۲/۵۰۸	۱۳/۱۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲۰
	مراحل	۳۴/۸۲۲	۱/۹۴۸	۱۷/۸۷۵	۴/۰۰۲	۰/۰۲۵	۰/۱۲۵
سرزنش خود	گروه‌ها	۱۶۰/۰۰۰	۱	۱۶۰/۰۰۰	۲/۷۶۳	۰/۱۰۸	۰/۰۹۰
	مراحل * گروه	۱۲۲/۸۶۷	۱/۹۴۸	۶۳/۰۷۱	۱۴/۱۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵
سرزنش خود	مراحل	۴۸/۴۲۲	۱/۷۵۲	۲۷/۶۴۱	۱۲/۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۱

متغیر	منع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	میزان تأثیر
	گروه‌ها	۲/۵۰۰	۱	۲/۵۰۰	۰/۱۹۹	۰/۶۵۹	۰/۰۰۷
	مراحل * گروه	۸۸/۴۶۷	۱/۷۵۲	۵۰/۴۹۹	۲۳/۱۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲
	مراحل	۹۹/۲۶۷	۱/۹۰۲	۵۲/۱۸۰	۱۵/۲۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵۳
سرزنش دیگران	گروه‌ها	۱۵/۲۱۱	۱	۱۵/۲۱۱	۱/۱۹۸	۰/۲۸۳	۰/۰۴۱
	مراحل * گروه	۹۳/۸۸۹	۱/۹۰۲	۴۹/۳۵۳	۱۴/۴۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴۰
	مراحل	۴۱/۰۸۹	۱/۸۸۳	۲۱/۸۲۴	۳/۷۵۱	۰/۰۳۲	۰/۱۱۸
نشخوار فکری	گروه‌ها	۱۳۹/۳۷۸	۱	۱۳۹/۳۷۸	۴/۹۰۳	۰/۰۳۵	۰/۱۴۹
	مراحل * گروه	۵۸/۱۵۶	۱/۸۸۳	۳۰/۸۸۹	۵/۳۰۸	۰/۰۰۹	۰/۱۵۹
	مراحل	۵۰/۰۶۷	۱/۸۲۸	۲۷/۳۹۵	۱۰/۳۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶۹
فاجعه‌آمیز کردن	گروه‌ها	۲۱۷/۷۷۸	۱	۲۱۷/۷۷۸	۱۱/۷۶۷	۰/۰۰۲	۰/۲۹۶
	مراحل * گروه	۶۴/۰۲۲	۱/۸۲۸	۳۵/۰۳۱	۱۳/۱۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۰
	مراحل	۸۰/۱۵۶	۱/۵۶۲	۵۱/۳۲۳	۱۷/۱۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸۰
پذیرش	گروه‌ها	۴۲/۷۱۱	۱	۴۲/۷۱۱	۲/۹۱۴	۰/۰۹۹	۰/۰۹۴
	مراحل * گروه	۷۴/۸۲۲	۱/۵۶۲	۴۷/۹۰۸	۱۵/۹۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶۳

پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی دار است ($P < ۰/۰۱$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی دار است. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی دار است؛ بنابراین نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی نشان می‌دهد که تفاوت مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان فراتشخیصی معنی دار به دست آمده است ($p < ۰/۰۱$) و میانگین نمرات مؤلفه‌های تمرکز مثبت مجدد / برنامه‌ریزی و ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی داری 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 به طور معنی داری کاهش یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری در گروه فراتشخیصی معنی دار نیست ($p > ۰/۰۵$) که نشان دهنده ثبات اثرات درمان با گذشت زمان می‌باشد. در گروه گواه تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی دار نیست ($p > ۰/۰۵$). نتایج مقایسه‌های زوجی با آزمون بونفرونی نشان‌دهنده معنی داری تمرکز مثبت مجدد / برنامه‌ریزی ($P < ۰/۰۱$)، ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر ($P < ۰/۰۵$)،

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۴، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی دار است. بنابراین نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش که در سطح ($P < ۰/۰۵$) معنی دار است با استفاده از آزمون بونفرونی بررسی شده است که نتایج حاکی از معنی داری تحمل ($P < ۰/۰۵$)، جذب ($P < ۰/۰۱$)، ارزیابی ($P < ۰/۰۱$) و نظم‌جویی ($P < ۰/۰۱$) در مقابله‌های زیر بوده است: تحمل (پیش‌آزمون - پیگیری، پس‌آزمون - پیگیری)، جذب (پس‌آزمون - پیگیری)، ارزیابی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون، پس‌آزمون - پیگیری) و نظم‌جویی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون، پیش‌آزمون - پیگیری). نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در متغیر تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ گزارش شده است.

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۵ تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های تمرکز مثبت مجدد / برنامه‌ریزی ($P < ۰/۰۱$)، ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر ($P < ۰/۰۵$)، سرزنش خود ($P < ۰/۰۱$)، سرزنش دیگران ($P < ۰/۰۱$)، نشخوار فکری ($P < ۰/۰۵$)، فاجعه‌آمیز کردن ($P < ۰/۰۱$) و پذیرش ($P < ۰/۰۱$) در سه مرحله از پژوهش معنی دار است. نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به ۳۲، ۳۳/۵، ۴۵/۲، ۳۴، ۱۵/۹، ۳۲ و ۳۶/۳ درصد از تفاوت‌های فردی در مؤلفه‌های راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجانی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل

همچنین نتایج تحلیل نشان داد که گروه درمانگری فراتشخیصی بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی اثربخش است. این نتایج حاکی از این است که درمان فراتشخیصی منجر به افزایش نمره راهبردهای سازش یافته و کاهش نمره راهبردهای سازش نیافته نظم‌جویی شناختی هیجانی شده است و این افزایش در دوره یک ماهه پیگیری همچنان ادامه داشته است. این نتایج با یافته‌های تالکووسکی و همکاران (۲۰۱۷)، زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵)، آشنا و همکاران (۱۴۰۰)، عبدالکریمی و همکاران (۱۳۹۷)، عظیمی و همکاران (۱۳۹۶) و فدائی و همکاران (۱۳۹۷) همخوانی دارد.

در تبیین تأثیر این روش مداخله روی بدتنظیمی هیجانی بعنوان یکی دیگر از عوامل مؤثر در پدیدآیی اختلال‌های هیجانی (گراس، ۲۰۱۴) می‌توان گفت مداخلات فراتشخیصی نحوه مقابله با هیجان‌های نامناسب را به افراد می‌آموزد تا به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. هدف این روش این است تا با تنظیم عادت‌های نظم‌جویی هیجان، شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش داده، میزان آسیب را کم و کارکرد را افزایش دهند. درمان فراتشخیصی بجای بازداری یا کنترل هیجان‌های منفی به درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با بکارگیری از فنون ذهن آگاهی می‌پردازد و بر اساس یک دیدگاه فراتشخیصی و فراشناختی به هیجان‌ها می‌پردازد و یک سطح بالاتر از درمان صرف نظم‌جویی هیجان است. درمان فراتشخیصی، تأکید عمده‌ای بر تجربه و واکنش‌های هیجانی دارد؛ زیرا تلاش برای نظم‌جویی هیجانی موجب افزایش و تداوم هیجان‌هایی می‌شود که فرد در تلاش برای کاهش آن است (بارلو، ۲۰۱۷). در این درمان افراد می‌آموزند تا درک بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب کنند، به چالش با ارزیابی شناختی منفی احساس‌ها و هیجان‌های جسمی خود پردازند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساسات جسمی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند (بولیس، ۲۰۱۵). همه این مهارت‌ها، با اصلاح عادات نظم‌جویی هیجانی منجر به کاهش شدت دشواری در نظم‌جویی هیجانی و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی می‌شود که تأثیر مستقیمی بر علائم هیجانی دارد (بخشی‌پور، علیلو، فرنام، و عبدی، ۱۳۹۱). افراد دچار مشکلات هیجانی با اجتناب از موقعیت‌ها سعی

سرزنش خود ($P < 0/01$)، سرزنش دیگران ($P < 0/01$)، نشخوار فکری ($P < 0/05$)، فاجعه‌آمیز کردن ($P < 0/01$) و پذیرش ($P < 0/01$) در مقایسه‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون، پیش‌آزمون - پیگیری بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر گروه درمانگری فراتشخیصی بر تحمل پریشانی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی بود. نتایج تحلیل نشان داد که گروه درمانگری فراتشخیصی بر تحمل پریشانی مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی اثربخش است. این نتایج با یافته‌های لاپوسا و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و تحمل پریشانی و پژوهش نرگسی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی - اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری همسو است.

در تبیین نتیجه مذکور باید اشاره نمود که پایان یک رابطه عاشقانه خاص در بسیاری از افرادی که آن را تجربه کرده‌اند باعث نشانه‌های پریشانی می‌شود. این افراد هیجان‌هایی چون غم، احساس گناه، شرم، گریه‌های مکرر و بیخوابی، خواب‌های آشفته و بالایی را تجربه می‌کنند. یکی از بخش‌های مهم درمان فراتشخیصی درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از فنون ذهن آگاهی می‌باشد. در جلسات به مراجعان آموخته می‌شود که همه هیجان‌ها چه مثبت و چه منفی مهم و ضروری هستند، هدف ما حذف نیست بلکه هدف شناسایی، تحمل و کنار آمدن با هیجان‌های منفی می‌باشد. ترس، اضطراب، غمگینی و خشم، هیجان‌هایی هستند که افراد دچار اختلالات هیجانی همیشه سعی در فرار و یا حذف آن‌ها را دارند در حالی که این هیجان‌ها یک مکانیزم حمایتی بوده، منجر به آگاهی فرد از رخدادهای مهم بیرونی و یا درونی و موقعیت‌ها می‌شود و او را برای پاسخدهی مناسب فعال می‌سازد. آگاهی از هیجان‌ها و پذیرش آن در درمان نقش مهمی داشته چرا که اگر فرد هیجان‌ها خصوصاً منفی خود را نپذیرد نتوانسته همه منابع انرژی خود را جمع نموده و راه حل مناسبی در آن موقعیت بیابد (بهار، دی مارکو، هکلر، موهلن، استپلس، ۲۰۰۹).

عدم استفاده از نمونه گیری 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 نمونه های دیگری بررسی شود و در پژوهش‌های بعدی پیگیری‌های طولانی مدت تری انجام شود و نمونه گیری به صورت تصادفی و با کنترل شرایط فرهنگی، اجتماعی، جغرافیایی، جنسیت و تحصیلات صورت گیرد. با توجه به نتایج این پژوهش که درمان فراتشخیصی، توانست به طور معنی داری بر علایم ناشی از شکست عاطفی از جمله تحمل پریشانی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی تأثیر بگذارد، از این پروتکل درمانی می‌توان در کنار سایر پروتکل‌های درمانی برای شکست عاطفی استفاده کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی در دانشگاه شیراز است و توسط دانشگاه علوم پزشکی شیراز تأیید و دارای کد اخلاق IR.SUMS.REC.1400.070 می‌باشد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم استادان مشاور رساله می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مقاله از تمامی شرکت کنندگان و افرادی که به اجرای هر چه بهتر این پژوهش کمک کردند صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایند.

در فرار و حذف هیجانات منفی دارند و بسیاری از فرصت‌های زندگی خود را از دست می‌دهند. هدف کاهش یا افزایش خود این هیجان‌ها نیست بلکه کاهش اجتناب و واکنش منفی به هیجان‌های منفی می‌باشد. درمان فراتشخیصی تأکید ویژه‌ای بر کاهش اجتناب از هیجان‌ها و ترغیب به گرایش بیشتر به تجارب هیجانی مثبت دارد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). به این ترتیب فرد از موقعیتی اجتناب می‌کند که اصلاً تهدیدآمیز نیست، بلکه تفسیر او از آن موقعیت تهدیدآمیز می‌باشد. بخشی از درمان تمایز بین آن مواردی است که واقعاً تهدیدآمیز است و آنچه تهدیدآمیز نیست. درمان بر شناسایی و شکستن چرخه‌های معیوب مسلط در افراد دچار مشکلات هیجانی تأکید داشته و به افراد می‌آموزد که این مسئله چه طور و چرا اتفاق می‌افتد و از چه طریق می‌تواند این چرخه معیوب را بشکند (منین و فرسکو، ۲۰۱۰). شناسایی افکار و خطاهای شناختی قبل از مواجهه با یک موقعیت از جمله فاجعه‌سازی و نتیجه‌گیری شتابزده می‌تواند به فرد برای مقابله بسیار کمک کننده باشد و بالاخره اینکه درمان، فکر کردن بدون قضاوت را به افراد آموزش می‌دهد و به آن‌ها کمک می‌کند که خود را بابت داشتن افکار، هیجانات و رفتارهای منفی سرزنش ننمایند تا از میزان خودسرزنی شان کاسته شود (براون و همکاران، ۲۰۰۱). 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 محدودیت‌های دیگر

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

- Abdolkarimi, M., Ghorban Shirodi, S., Khalatbari, J., Zarbakhsh, M. R. (2018). Effectiveness of meta diagnosis package of acceptance and commitment therapy, Self-Compassion therapy and dialectic behavioral therapy on emotion regulation and eating behavior of overweight and obese women. *Journal of Psychological Science*, 17 (70), 662-651. (Persian). [Link]
- Azimi, A., Omid, A., Shafiei, E., Nademi, A. (2018). The Effectiveness of Transdiagnostic, Emotion- focused Treatment for Emotional Regulation and Individual-social Adjustment in Female Students. *J Arak Uni Med Sci*. 20 (10), 62-73. (Persian). [Link]
- Ashena, M., Besharat, M. A., Malihialzuckerini, S., Rafezi, Z. (2021). The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on positive metacognitions and meta-emotions in mothers of children with cancer. *Journal of Psychological Science*, 20 (97), 13-22. (Persian). [Link]
- Nargesi, F. fathiashtiani, A., davodi, I., ashrafi, E. (2019). The effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety sensitivity, distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms in individuals with obsessive-compulsive disorder. 26 (2), 49-66. (Persian). [Link]
- Bardeen, J. R., Kumpula, M. J., & Orcutt, H. K. (2013). Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 188-196. [Link]
- Barlow, F. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders, 291. [Link]
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of anxiety disorders*, 23(8), 1011-1023. [Link]
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 110(4), 585. [Link]
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *J Behavior Modification*, 39(2), 295-321. [Link]
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502-514. [Link]
- Collins, T. J., & Gillath, O. (2012). Attachment, breakup strategies, and associated outcomes: The effects of security enhancement on the selection of breakup strategies. *Journal of Research in Personality*, 46(2), 210-222. [Link]
- Del Palacio-Gonzalez, A., Clark, D., O'Sullivan, L. (2017). Distress Severity Following a Romantic Breakup Is Associated With Positive Relationship Memories Among Emerging Adults. *Emerging Adulthood*, 5 (4), 267-259. [Link]
- Fadaei, M., Ghanbari Hashem Abadi, B. A., Kimiaee, S. A. (2019). The efficacy of integrated meta-diagnosis therapy on their differentiation and the difficulty of regulating excitement in patients with anxiety syndrome. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 61 (6), 1-11. (Persian). [Link]
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. [Link]
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *CERQ: Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire, DATEC*. Leiden University: The Netherlands. [Link]
- Gilbert, S. P., & Sifers, S. K. (2011). Bouncing back from a breakup: Attachment, time perspective, mental health, and romantic loss. *Journal of College Student Psychotherapy*, 25(4), 295-310. [Link]
- Gross, J. J. (2014). *Handbook of emotion regulation*: Guilford publications. [Link]
- Hasani, J. (2010). The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of clinical psychology* 2 (3), 73-84. (Persian). [Link]
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 20(4), 590-556. [Link]
- Johansson, R., Hesser, H., Ljótsson, B., Frederick, R. J., & Andersson, G. (2012). Transdiagnostic, affect-focused, psychodynamic, guided self-help for depression and anxiety through the internet: study protocol for a randomised. *BMJ Open*, 2(6):e002167. [Link]
- Knöpfli, B., Cullati, S., Courvoisier, D.S., Burton-Jeangros, C., & Perrig-Chiello, P. (2015). Marital breakup in later adulthood and self-rated health: a cross-sectional survey in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 61, 357-366. [Link]
- Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., & Loli-Dano, L. (2017). Unified protocol transdiagnostic

- treatment in group format: a preliminary investigation with anxious individuals. *Journal of Behavior Modification*, 41(2), 253-268. [Link]
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., ... & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European psychiatry*, 12(5), 224-231. [Link]
- Lorenz, L., Bachem, R., Maercker, A. (2016). The adjustment disorder—new module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values. *The International Journal of Occupational Environmental Medicine* 7(4): 215–220. [Link]
- McCarthy, G., & Maughan, B. (2010). Negative childhood experiences and adult love relationships: The role of internal working models of attachment. *Attachment & Human Development*, 12(5): 445–461. [Link]
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2010). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 356–379). The Guilford Press. [Link]
- Nargesi, F. fathi ashtiani, A., davodi, I., ashrafi, E. (2019). The effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety sensitivity, distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms in individuals with obsessive-compulsive disorder. 26 (2), 49-66. (Persian). [Link]
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*, 40, 91-110. [Link]
- Norton, P. J. (2012). *Group Cognitive-Behavioral Therapy of Anxiety: A Transdiagnostic Treatment Manual*. Guilford Press. [Link]
- Norton, P. J. Barrera, T.L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 29(10): 874-82. [Link]
- Parkes, C.M. (2006). *Love and loss: the roots of grief and its complications*. First ed. Routledge. Taylor & Francis Group. London and New York, 10-430. [Link]
- Phillips, L. H. Henry, J. D. Nouzova, E. Cooper, C. Radlak, B. & Summers, F. (2014). Difficulties with emotion regulation in multiple sclerosis: Links to executive function, mood, and quality of life. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 36(8), 831-842. [Link]
- Rahmat Jirdeh, S., Sodagar, S. A., & Jomeheri, F. (2015). prediction of love affair failure based on styles of attachments and emotional blackmail. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, 5(2), 2597- 2602. [Link]
- Remuzzi, A., Remuzzi, G. (2020). *COVID-19 and Italy: what next?* Lancet (London, England). 395 (10231), P1225-1228. [Link]
- Ryu, S., Chun, B. C. (2020). An interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. *Epidemiology and health*. 42. e2020006. [Link]
- Sarafraz, M. R., Shahvand, T., Zarea, M. (2018). Psychometric properties of Adjustment Disorder New Model-20(ADNM-20). *Journal of Clinical Psychology*, 9 (34), 45-54. (Persian). [Link]
- Sabourin, B. A. (2013). *Can distress tolerance predict chronic worry? Investigating the relationships among worry, distress tolerance, cognitive avoidance, psychological flexibility, difficulties in emotion regulation, and anxiety sensitivity*. Master's Theses of science in Clinical-Behavioral Psychology. Master's Theses and Doctoral Dissertations. 550. [Link]
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102. [Link]
- Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A. and Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 46(9): 56-64. [Link]
- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(8), 441-452. [Link]
- Watkins, E. (2015). An Alternative Transdiagnostic Mechanistic Approach to Affective Disorders Illustrated With Research From Clinical Psychology. *Emotion Review*, 7(3), 250–255. [Link]
- Zemestani, M., Imani, M. (2016). Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. *Contemporary Psychology*, 11 (1); 21-32. (Persian). [Link]
- Zhu, H., Wei, L., Niu, P. (2020). The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Global health research and policy*. 5(1), 1-3. [Link]