

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در نشانگان ضربه عشق، حالات خلقی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد با تجربه شکست عاطفی

مانیا ناصری منش^۱، مریم موسوی نیک^۲، رحمت اله عظیمی^۳

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه. ایران

^۲ استادیار موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه. ایران (نویسنده مسئول)

^۳ مدرس گروه روان شناسی موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه. ایران

چکیده

مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری در نشانگان ضربه عشق، حالات خلقی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر افراد با تجربه شکست عاطفی انجام شده است. از نظر گردآوری داده ها تک آزمودنی، از نظر اجرا میدانی و از نظر ماهیت کمی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دختران در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال با تجربه شکست عاطفی در سال ۱۴۰۰ بودند که به روش نمونه گیری همدند و دردسترس انتخاب گردیدند. در این مطالعه از پرسشنامه های ضربه عشق راس (۱۹۹۹)، تنظیم شناختی هیجان گازنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) و حالات خلقی برومز (۲۰۰۷) استفاده گردید. داده های مطالعه با استفاده از شاخصهای آمار توصیفی همچون میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر و آزمونهای آماری درصد بهبودی، شاخص d کوهن (اندازه اثر) و نمودارهای دیداری ترسیمی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس اندازه اثر بدست آمده و درصد بهبودی محاسبه شده اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در نشانگان ضربه عشق و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد با تجربه شکست عاطفی تحقیق معنی دار شدند ولی در حالات خلقی معنی دار نبود. بنابراین می توان نتیجه گرفت که مداخله درمان شناختی رفتاری بر نشانگان ضربه عشق و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان اثربخش می باشد.

واژه‌های کلیدی: اثربخشی، نشانگان ضربه عشق، شکست عاطفی، هیجان، حالات خلقی

مقدمه :

عشق شامل افکار ناخوانده، اشتغال ذهنی دائم به فرد مورد علاقه، ایده آل ساختن ارتباط با او و آرزوی آشنایی با او می شود (هاتفیلد، ۱۹۹۳) در قرن گذشته روانشناسی در مورد عشق به وفور اظهارنظر کرده است از جمله پژوهش های متعددی که پیرامون شناسایی و توصیف ماهیت روانشناختی عشق صورت گرفت: کوشش های رایین (۱۹۷۹) در جهت اندازه گیری دوست داشتن و عشق، الگوهای عشقی هفتگانه هندریک و هندریک (۱۹۹۸)، شش سبک عشق ورزی جان لی (۱۹۷۹) و عشق مثلثی استرنبرگ (۱۹۹۴) هستند (رایتزن و دیاکس، ۱۹۸۱). راس برای اولین بار نشانگان ضربه عشق را معرفی نمود، نشانگان ضربه عشق مجموعه علائم و نشانه های شدیدی است که پس از فروپاشی یک رابطه رمانتیک بروز میکند، عملکرد فرد را در زمینه های متعدد تحصیلی، اجتماعی، حرفه ای و... مختل میکند. واکنش های غیر انطباقی به دنبال دارد و مدت زمان زیادی این نشانه ها باقی می ماند. این فروپاشی، آنقدر قدرتمند است که افسردگی و خشم، احساس نا امنی عمیق، احساس درماندگی، گناه، هراس، ناامیدی، بدبینی، بی قراری، آسیب پذیری، از دست دادن تمرکز، انگیزه، امیدواری و انرژی، نشانه های جسمانی مثل سردرد و بی نظمی خواب، بی اشتها یا پرخوری، تغییراتی در میل جنسی، بی حوصلگی و خستگی، کندی کلامی - حرکتی تولید میکند. صرف نظر از اینکه چه کسی رابطه را قطع میکند، انحلال یک رابطه، تجربه ی ناخوشایندی است (راس، ۱۹۹۹). در یک رابطه عاشقانه، با هرچه بیشتر نزدیک شدن به انتهای مسیر عشق، اضطراب و افسردگی و به هم ریختگی در نظم ذهنی، بر زندگی فرد سایه می افکند و به هنگام قطع این رابطه عاشقانه و پس از آن، این مشکلات به حالت بحرانی خود می رسند. افراد عاشق در این هنگام با رفتارهای گوناگونی نظیر مصرف الکل و مواد مخدر، ترک محل زندگی، خودکشی و یا حتی معشوق کشی به این بحران پاسخ می دهند (نوحی و شفیع، ۱۳۹۱). شکست های عشقی موجب چشم انداز منفی نسبت به زمان گذشته، حال و آینده در دانشجویان می شود و در نتیجه این دیدگاه منفی، منجر به افکار خودکشی در این دانشجویان می شود (لاقی و همکاران، ۲۰۰۹). در عصر پسامدرن به همان اندازه که روابط انسان ها گسترده تر شده است پیچیدگی روابط هم افزون یافته است. همانگونه که آغاز یک رابطه عموماً توأم با احساس پذیرش و هیجان های مثبتی از قبیل شادی و سرخوشی عشق و لذت از سوی طرف مقابل است پایان یک رابطه نیز عموماً توأم با احساس طرد شدن و فقدان و هیجان هایی از قبیل اضطراب خشم و حسادت، ناامیدی و تنهایی از سوی طرف مقابل خواهد بود (منطقی، ۱۳۹۰، رابر واربر، ۲۰۱۱، به نقل از صفایی مقدم ۱۳۹۴) این جدایی یک ضربه عاطفی محسوب می شود چرا که انتظارات فرد از رابطه و ایمن بودن آن به شدت زیر سوال می رود و این ضربه آنقدر قدرتمند است که فرد بعد از فروپاشی رابطه علائم شایع و عمیقی از خود بروز می کند که به نشانگان ضربه عشق مرسوم است. در پی بروز این علائم و نشانگان ضربه عشق فرد عملکردش در زمینه های مختلف مختل می شود. مشکلات هیجانی که فرد با تجربه شکست عاطفی نشان می دهند نشانه ای از وجود اختلال در نظم هیجان فرد است و عامل کلیدی و مهمی در پیدایش افسردگی و اضطراب است (بیوریگارد و همکاران، ۲۰۰۱) و همچنین توانایی استفاده از راهبردهای مقابله با هیجانات اش ضعیف می شود چرا که مدیریت این هیجانات منفی مثل خشم، ناامیدی، اضطراب، احساس تنهایی و نحوه برخورد درست با آنها در حفظ سلامت جسم و بهداشت روان نقش عمده ای دارد و اعتقاد بر این است که درست است که هیجان مبنای زیستی دارد اما فرد قادر است به شیوه های ابراز آن اثر بگذارد. تنظیم هیجان عبارت است از تمام فرآیندهای درونی و بیرونی که مسئول نظارت ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجانی است (برت، ۲۰۱۱) فرد آسیب دیده از فروپاشی رابطه به واسطه این رویداد غیرمنتظره به سوی حالات خلقی پایین سوق داده می شود، بعد از فروپاشی یک رابطه رمانتیک فرد هیجانات بسیار عمیق و ناراحت کننده ای تجربه می

کند. اما عده ای از افراد غم طولانی تر تجربه کرده و در دو حیطه دچار مشکل می‌شوند، اول پریشانی ناشی از جدایی دوم نشانه‌های شناختی و هیجانی (راستر و همکاران، ۲۰۰۴). این فروپاشی آنقدر قدرتمند است که افسردگی، خشم، احساس ناامنی عمیق، احساس درماندگی، گناه، هراس، ناامیدی، بدبینی، بی‌قراری، آسیب‌پذیری، از دست دادن تمرکز، امیدواری، انگیزه و انرژی، نشانه‌های جسمانی مثل سردرد و بی‌نظمی خواب، بی‌اشتهایی یا پرخوری، تغییرات در میل جنسی، بی‌حوصلگی، خستگی و کندی کلامی _ حرکتی را ایجاد می‌کند (لی و کوئین، ۲۰۱۳). راس برای اولین بار اصطلاح نشانگان ضربه عشق را معرفی کرد. شکست عشق مجموعه‌علایمی هستند که پس از پایان یافتن یک رابطه عاطفی در افراد به وجود می‌آیند و عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف همچون تحصیلی، اجتماعی و شغلی را مورد تاثیر منفی خود قرار می‌دهند. واکنش‌های غیر منطقی به دنبال دارند و مدت زمان زیادی این نشانه‌ها باقی می‌مانند (راس ۲۰۰۷). مشکلات هیجانی که فرد با تجربه شکست عاطفی نشان می‌دهند نشانه‌ای از وجود اختلال در نظم هیجان فرد است. عامل کلیدی و مهمی در پیدایش افسردگی و اضطراب است (بیوریگارد و همکاران، ۲۰۰۱). این راهبردها نقش مهمی در ایجاد مشکلات هیجانی و رفتاری بعد از مواجهه افراد با رویداد استرس‌زا ایفا می‌کنند (رایو و همکاران، ۲۰۱۳). گارنفسکی و کراج (۲۰۰۶) و مک‌گی، وولف و السون (۲۰۰۱) نشان داده‌اند که استفاده از راهبرد های غیر سازگارانه یک تنظیم شناختی هیجان (مقصر دانستن خود، نشخوار فکری و مصیبت بار تلقی کردن) در بزرگسالان دچار اختلال روانی شایع‌ترین است و نوع راهبرد تنظیم شناختی هیجان با علائم افسردگی رابطه دارد. تنظیم هیجان تمامی فرایندهای بیرونی و درونی مسئول برای نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی، به ویژه حالت‌های شدید و زودگذر آن، به منظور نیل به اهداف فرد را در بر می‌گیرد (تامپسون، ۱۹۹۴). مطالعات رولی و داگ و فغاندز در زمینه ضربه عشق نشان داده‌اند که افراد به سازگاری هیجانی نمی‌رسند، مگر اینکه روش بازنمایی شناختی فرد از دست رفته را کلاً تغییر دهند لذا از رویکردهای درمانی مناسب در درمان نشانگان ضربه عشق، درمان شناختی رفتاری است. آنچه که از مرور تحقیقات استنباط می‌شود، نیاز این افراد به درمان شناختی رفتاری به عنوان یکی از رفتار روش‌های درمانی رایج است که اثربخشی آن در درمان افسردگی و اضطراب تایید شده است (کویچپرس و همکاران، ۲۰۱۶). در رفتار درمانی شناختی، افکاری که تقویت‌کننده دیدگاه‌های منفی است و رفتارها و هیجان‌ات نشات گرفته از این باورها هدف قرار داده شده و برای حل مشکل مراجع طی می‌شود. از جمله: شناسایی افکار و فرض‌ها، ارزیابی افکار و چالش با آنها، تشخیص افکار خودآیند، شناسایی تحریف‌های شناختی، مرتبط کردن هیجان‌ها با افکار خودآیند، ارزیابی فرض‌ها و قواعد، جایگزینی باورهای صحیح به جای باورهای تحریف شده، شکستن انتظارات غیر واقعی، ارزیابی نگرانی‌ها، پردازش هیجان‌ها و تکالیف رفتاری، رویکرد مذکور مبتنی بر تکلیف تعریف شده در جلسه درمان را به زندگی روزمره انتقال می‌دهند. بنابراین هدف این است که باورهای خود محکم‌کننده را اصلاح و اسناد‌های مثبت را افزایش داده و مهارت‌های مقابله مسئله مدار را بهبود بخشد (بک، ۲۰۱۱). با توجه به اهمیت شکست‌های عاطفی در روابط بین فردی و لزوم درمان چنین مشکلاتی و از طرفی فقدان پژوهش‌های مشابه در کشور و خلاء موجود در این زمینه سوال اصلی پژوهش حاضر این است آیا درمان شناختی رفتاری در نشانگان ضربه عشق، حالات خلقی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر افراد با تجربه شکست عاطفی موثر است؟

روش

روش تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی است و از نظر گردآوری داده ها سری زمانی تک آزمودنی، از نظر اجرا میدانی و از نظر ماهیت کمی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دختران در دامنه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال با تجربه شکست عاطفی در سال ۱۴۰۰ بودند که به طور هدفمند و در دسترس انتخاب و مورد ارزیابی و مداخله قرار می گیرند.

ابزار پژوهش:

الف: پرسشنامه ضربه عشق راس (۱۹۹۹): این پرسشنامه دارای ۱۰ ماده چهار گزینه ای (اصلاً، گاهی، اغلب، اکثر اوقات) است که گزینه ها به صورت جمله نوشته شده اند و فرد لازم است تا بر اساس تجربه ضربه عشقی خود مناسبترین جمله را انتخاب کند و یک ارزیابی کلی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری فراهم میکند. نمره ۲۰ به عنوان نقطه برش در این ابزار در نظر گرفته شده است. ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه در یک گروه ۴۸ نفری از جمعیت دانشجویی ۰/۸۱ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ بدست آمده است (دهفانی، ۲۰۱۰). در این تحقیق، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

ب) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایچ، (۲۰۰۶): یک ابزار ۱۸ ماده ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی زای زندگی در اندازه های پنج درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می سنجد: خودسرزنشگری؛ دیگرسرزنشگری؛ تمرکز بر فکر/ نشخوارگری؛ فاجعه نمای (فاجعه آمیزپنداری)؛ کم اهمیت شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه ریزی. نمره هر گزینه به این صورت مشخص میشود (هرگز = ۱، گاهی = ۲، معمولاً = ۳، اغلب = ۴، همیشه = ۵) حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می شود. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش نیافته) تقسیم می شوند. نتایج تحلیل عاملی به روش مولفه های اصلی نه عامل پیش بینی شده را مشخص کرد. پایایی بازآزمایی نشان داد که راهبردهای مقابله شناختی از ثبات نسبی برخوردارند و همسانی درونی^۲ غالب مقیاسها با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تایید شد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱).

ج) پرسشنامه حالات خلقی برومز (۲۰۰۷): این پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که دو خرده مقیاس با ۸ سؤال به آن اضافه شده است و هشت حالت روانی تنش، افسردگی، خشم، سرزندگی، خستگی، سردرگمی، آرامش و شادکامی را می سنجد. در نتیجه از ۸ خرده مقیاس (عامل) تشکیل شده است. هر مقیاس شامل ۴ سؤال است. همچنین سرزندگی، آرامش و شادکامی (مجموعاً ۱۲ سؤال) ابعاد مثبت حالات خلقی و تنش، افسردگی، خشم، خستگی و سردرگمی (مجموعاً ۲۰ سؤال) ابعاد منفی حالات خلقی در پرسشنامه برومز ۳۲ سؤال هستند.

reliability retest-Test

consistency Internal

هاشیم و همکاران ۲۰۱۰؛ به نقل از شهبازی، ثنایی فر و ظهیری، ۱۳۹۴، ضرایب آلفای کرونباخ را برای مدل ۲۴ سؤالی این پرسشنامه در عامل های تنش، افسردگی، خشم، سرزندگی، خستگی و سردرگمی را بین ورزشکاران مالزیایی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۹، ۰/۵۸، گزارش کردند. در تحقیق میراندا و همکاران (۲۰۰۸) نیز ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس حالت خلقی پرومز ۲۴ سؤالی را در دامنه ای از ۰/۷۹ در عامل خشم تا ۰/۸۵ در عامل های خستگی در بین ورزشکاران برزیلیایی گزارش شد.

پروتکل مداخله جلسات درمان شناختی- رفتاری:

جدول (۱): جلسات مداخلات شناختی- رفتاری

جلسات	فعالیت‌های ویژه هر جلسه
جلسه اول	آشنایی، طرح مبحث عشق، انواع و دلایل آن، طرح مبحث سوگ، علایم و نشانه ها، بیان انتظارات و طرح اهداف درمان شناختی رفتاری و مروری بر ساختار جلسات.
جلسه دوم	تمرین تصویرسازی ذهنی، مفهومی سازی تفکر (باور)، احساس و هیجان، توضیح مدل، بیان باورهای مرکزی و افکار خود آیند منفی، دادن تکلیف خانگی شناسایی افکار.
جلسه سوم	بررسی تکالیف جلسه پیشین، شناخت موقعیتهای تحریککننده و تداوم بخش، آموزش شیوه های رفتاری از جمله توجه برگردانی، ترک موقعیت، استفاده از حمایت اجتماعی و فعالیتهای لذتبخش یا آرامشبخش.
جلسه چهارم	القاء فکر، به چالش کشیدن باورها، روش پیکان عمودی رو به پایین، دادن تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف جلسه پیشین، پیکان رو به پایین پیشرفته، تمرین چند پیکان رو به پایین دیگر، تمرین بازدارای ارادی کرتکس.
جلسه ششم	تمرین آرمیدگی ۱۶ مرحله ای جاکوبسن، نقشه های شناختی، استفاده از مقیاس درجه بندی ناراحتی ذهنی، دادن تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه ششم، آزمون باورها، بیان تحلیل عینی و تحلیل استاندارد، دادن تکلیف خانگی.
جلسه هشتم	مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه هفتم، تمرین آرمیدگی ۱۶ مرحله ای جاکوبسن، قطع ارتباط با یادبودهای عشق ازدسترفته و سیستم خودپاداشی و خودتنبیهی.
جلسه نهم	آرمیدگی عضلانی، آموزش و تمرین تحلیل کارآمدی و تحلیل هماهنگی، دادن تکلیف خانگی.
جلسه دهم	مرور و بررسی تکالیف جلسه نهم، آموزش و تمرین تحلیل منطقی، ساخت سلسله مراتب، دادن تکلیف خانگی
جلسه یازدهم	تمرین مخالف ورزی، مرور جلسات قبلی و پاسخگویی به دغدغه ها در خصوص ختم درمان،

اهداء هدایای نقدی به شرکت کنندگان

فرضیه های پژوهش :

- ۱- درمان شناختی رفتاری در نشانگان ضربه عشق بر افراد با تجربه شکست عاطفی موثر است.
- ۲- درمان شناختی رفتاری در نشانگان حالات خلقی بر افراد با تجربه شکست عاطفی موثر است.
- ۳- درمان شناختی رفتاری در نشانگان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر افراد با تجربه شکست عاطفی موثر است.

یافته ها

اطلاعات توصیفی متغیرهای نشانگان ضربه عشق، حالات خلقی و راهبردهای شناختی هیجان در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲) آماره های توصیفی مقیاس نشانگان ضربه عشق، حالات خلقی و راهبردهای شناختی هیجان

متغیرها	حدقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
نشانگان ضربه عشق	۲۱	۲۹	۲۵/۱۲	۲/۶۴
کم اهمیت شماری	۷	۱۸	۷/۲۱	۱/۱۹
تمرکز مجدد مثبت	۱۳	۱۹	۱۵/۶۴	۱/۵۷
ارزیابی مجدد	۵	۱۱	۸/۱۱	۱/۷۸
پذیرش	۷	۹	۷/۲۳	۱/۰۹
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۵	۱۱	۸/۵۴	۰/۸۶
خود سرزنشگری	۱۶	۱۹	۱۵/۸۷	۰/۸۹
دگر سرزنش گری	۱۵	۱۸	۱۶/۴۱	۰/۶۳
نشخوارگری فکری	۱۳	۱۹	۱۶/۲۲	۰/۵۸
فاجعه نمایی	۶	۱۱	۷/۹۷	۱/۳۱
تنش	۱۴	۲۲	۱۸/۱۶	۱/۰۲
افسردگی	۲	۱۶	۱۷/۲۸	۲/۸۷
خشم	۶	۱۵	۱۰/۷۸	۱/۸۱
سرزندگی	۹	۱۶	۱۳/۶۷	۲/۶۶
خستگی	۳	۱۱	۵/۵۲	۱/۴۸
سردرگمی	۷	۱۶	۱۱/۳۹	۱/۸۶
آرامش	۲	۱۵	۶/۷۸	۲/۰۷
شادکامی	۲	۱۲	۵/۸	۳/۱۲

درصد بهبودی: متناسب با طرح اجرا شده، برای بررسی اثربخشی مداخلات به عمل آمده، از تحلیل های نموداری و ترسیمی استفاده شده است. همچنین برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی به کار گرفته شد. فرمول درصد بهبودی یکی از روش های سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات هدف است. این فرمول را اولین بار بلانچارد و اسکوارز مورد استفاده قرار دادند. در فرمول درصد بهبودی نمره فرد در پیش آزمون از آخرین نمره فرد در پس آزمون کم شده و حاصل بر نمره پیش آزمون تقسیم و در صد ضرب می شود. اگر درصد بهبودی حداقل ۵۰ باشد می توان نتایج را از نظر بالینی معنی دار قلمداد نمود (دلاور، ۱۳۸۸).

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{نمره فرد در پس آزمون} - \text{نمره فرد در پیش آزمون}}{\text{نمره فرد در پیش آزمون}} \times 100$$

بر اساس یافته های بدست آمده (جدول ۳) درصد بهبودی بعد از درمان در مولفه نشانگان ضربه عشق در آزمودنی اول (۷۳/۹۱٪) و درصد بهبودی پیگیری (۸۲/۶٪) است و از نظر بالینی معنادار است، چراکه هر دو از میزان معنی داری درصد بهبودی، یعنی ۵۰٪ بالاتر هستند. درصد بهبودی بعد از درمان آزمودنی دوم (۷۹/۱۶٪) و درصد بهبودی پیگیری (۸۷/۵٪) است که از نظر بالینی معنادار هستند. درصد بهبودی بعد از درمان آزمودنی سوم (۷۳/۹۱٪) و درصد بهبودی پیگیری (۹۱/۳۰٪) است که از نظر بالینی معنادار هستند. درصد بهبودی بعد از درمان آزمودنی چهارم (۸۲/۶۰٪) و درصد بهبودی پیگیری (۸۲/۶۰٪) است که از نظر بالینی معنادار هستند.

درصد بهبودی بعد از درمان در متغیر حالات خلقی در آزمودنی اول (۲۸/۷۱٪) و درصد بهبودی پیگیری (۳۲/۶۷٪) است و از نظر بالینی معنادار نیست، چراکه هر دو از میزان معنی داری درصد بهبودی، یعنی ۵۰٪ پایین تر هستند. درصد بهبودی بعد از درمان آزمودنی دوم (۴۰/۷۴٪) و درصد بهبودی پیگیری (۴۲/۵۹٪) است که از نظر بالینی معنادار نیستند. درصد بهبودی بعد از درمان آزمودنی سوم (۳۰/۵۵٪) و درصد بهبودی پیگیری (۳۸/۶۱٪) است که از نظر بالینی معنادار نیستند. درصد بهبودی بعد از درمان آزمودنی چهارم (۵۵/۴۵٪) و درصد بهبودی پیگیری (۵۰/۰۰٪) است که از نظر بالینی معنادار هستند.

درصد بهبودی بعد از درمان در متغیر راهبردهای شناختی هیجان (سازش یافته) در کلیه آزمودنی ها به جز آزمودنی دوم (بعدا از درمان)، بالاتر از ۵۰٪ و بنابراین معنادار هستند. همچنین راهبردهای شناختی هیجان (سازش نیافته) در همه آزمودنیها جز آزمودنی سوم در مرحله پیگیری، پایین تر از ۵۰٪ و بنابراین غیرمعنادار هستند.

جدول (۳). درصد بهبودی آزمودنی ها

درصد بهبودی		درصد بهبودی		درصد بهبودی		درصد بهبودی		متغیر
آزمودنی چهارم		آزمودنی سوم		آزمودنی دوم		آزمودنی اول		
پس از پیگیری	بعد درمان	پس از پیگیری	بعد درمان	پس از پیگیری	بعد درمان	پس از پیگیری	بعد درمان	
۸۲/۶۰	۸۲/۶۰	۹۱/۳۰	۷۳/۹۱	۸۷/۵	۷۹/۱۶	۸۲/۶	۷۳/۹۱	نشانگان ضربه عشق

حالات خلقی							
۵۰/۰۰	۵۵/۴۵	۳۸/۶۱	۳۰/۵۵	۴۲/۵۹	۴/۷۴	۳۲/۶۷	۲۸/۷۱
۹۱/۳۰	۷۳/۹۱	۶۹/۲۳	۵۰/۰۰	۶۱/۵۳	۳/۴۶	۱۰/۰۰	۸۶/۹۵
۳۴/۷۸	۲۱/۷۳	۹۱/۳۰	۲۸/۵۷	۳۸/۴۶	۳/۷۶	۲۱/۷۳	۸/۶۹

اندازه اثر (D کوهن)

رایج ترین شاخص به کار رفته برای سنجش اندازه اثر مقیاس D کوهن است که در مطالعه حاضر از آن استفاده گردید. مطالعات مختلف برای تفسیر این شاخص، مقدار ۰/۵۰ را به عنوان حداقل میزان اندازه اثر، بین ۰/۵۰ تا ۰/۷۰ را به عنوان اندازه اثر متوسط و ۰/۷۰ تا ۱ را به عنوان اندازه اثر بزرگ و بیش از ۱ را بسیار بزرگ پیشنهاد کرده اند.

بر طبق یافته های بدست آمده (جدول ۴)، اندازه اثر در متغیر نشانگان ضربه عشق، در آزمودنی اول (۴/۵۱)، در آزمودنی دوم (۴/۸۹)، در آزمودنی سوم (۵/۶۵)، آزمودنی چهارم (۴/۳۷) برآورد شده است که اندازه اثر هر چهار آزمودنی بالاتر از اندازه اثر ۲/۷۰ است که نشان می دهد اندازه اثر متغیر نشانگان ضربه عشق در هر چهار آزمودنی بزرگ است.

اندازه اثر در متغیر حالات خلق، در آزمودنی اول (۰/۳۱)، در آزمودنی دوم (۰/۳۹)، در آزمودنی سوم (۰/۳۳)، آزمودنی چهارم (۰/۴۱) برآورد شده است که اندازه اثر سه آزمودنی اول کمتر از اندازه اثر ۰/۴۱ است که نشان می دهد اثر متغیر حالات خلق در آنها فاقد اثر است، و در آزمودنی چهارم برابر با (۱/۱۵) بدست آمده که حاکی از میزان متوسط اثر متغیر حالات خلق در آنهاست.

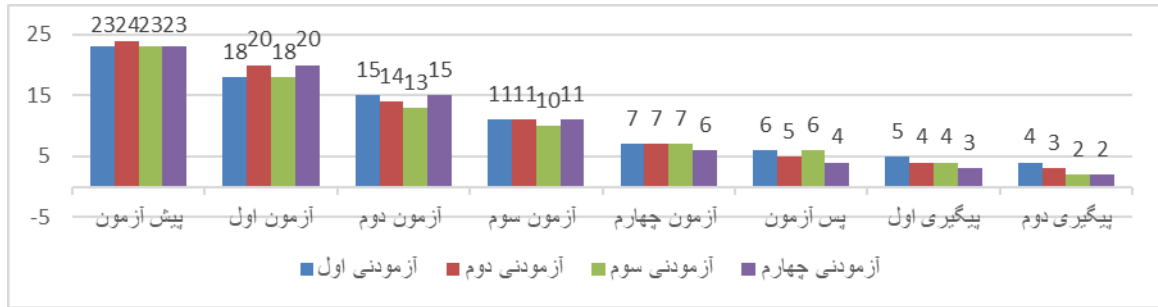
اندازه اثر در متغیر راهبردهای شناختی هیجان (سازش یافته) در آزمودنی های اول و چهارم بالاتر از ۲/۷۰ و در آزمودنی های دوم و سوم بزرگتر از ۱/۱۵ و کمتر از ۲/۷۰، بدست آمده است که نشان می دهد اندازه اثر این متغیر در آزمودنیهای اول و چهارم بزرگ و در آزمودنی های دوم و سوم متوسط است. همچنین راهبردهای شناختی هیجان (سازش نیافته) در همه آزمودنیها جز آزمودنی سوم، پایین تر از ۰/۴۱ و بنابراین فاقد اثر هستند، و در آزمودنی سوم میزان اثر متوسط برآورد شده است.

جدول (۴). اندازه اثر آزمودنی ها

اندازه اثر				متغیر
آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	
۴/۵۱	۴/۸۹	۵/۶۵	۴/۳۷	نشانگان ضربه عشق
۰/۳۱	۰/۳۹	۰/۳۳	۱/۱۵	حالات خلقی
۶/۷۴	۱/۸۹	۲/۳۲	۵/۸۹	راهبردهای سازش یافته
۰/۱۲	۰/۲۸	۲/۴۵	۰/۳۱	سازش نیافته شناختی هیجان

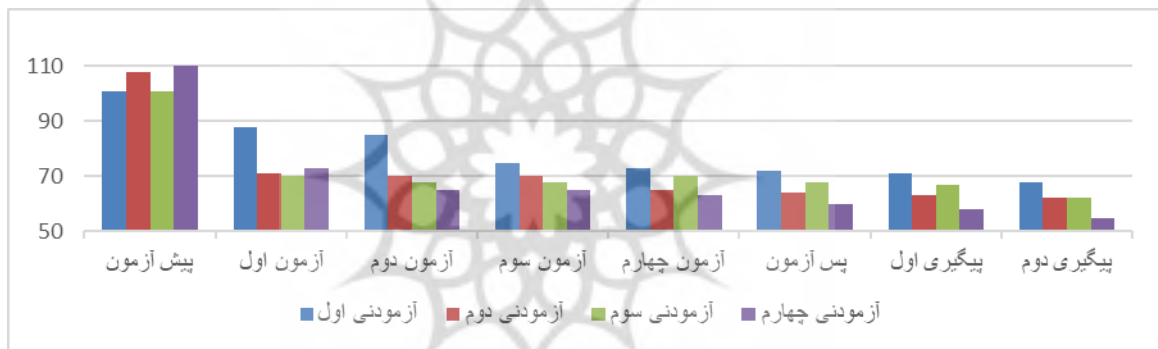
تجزیه و تحلیل ترسیمی

از نمودارها برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. با توجه به نمودار (۱)، سطح نشانگان ضربه عشق در هر چهار آزمودنی پایین آمده است. این امر با توجه به کاهش شیب نمودارها قابل تبیین است، چراکه در همه آنها شیب نمودارها از پیش آزمون تا پیگیری کاهش یافته‌اند.



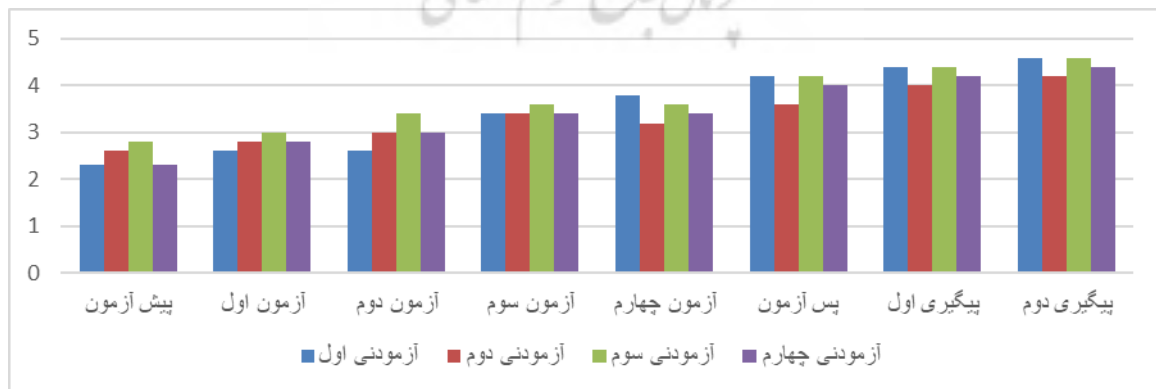
نمودار (۱). سطح نشانگان ضربه عشق در مراحل مختلف پایه، مداخله و پیگیری

با توجه به نمودار (۲)، سطح حالات خلق در هر چهار آزمودنی پایین آمده است. این امر با توجه به کاهش شیب نمودارها قابل تبیین است، و در همه آزمودنی‌ها شیب نمودارها از پیش آزمون تا پیگیری کاهش یافته‌اند.



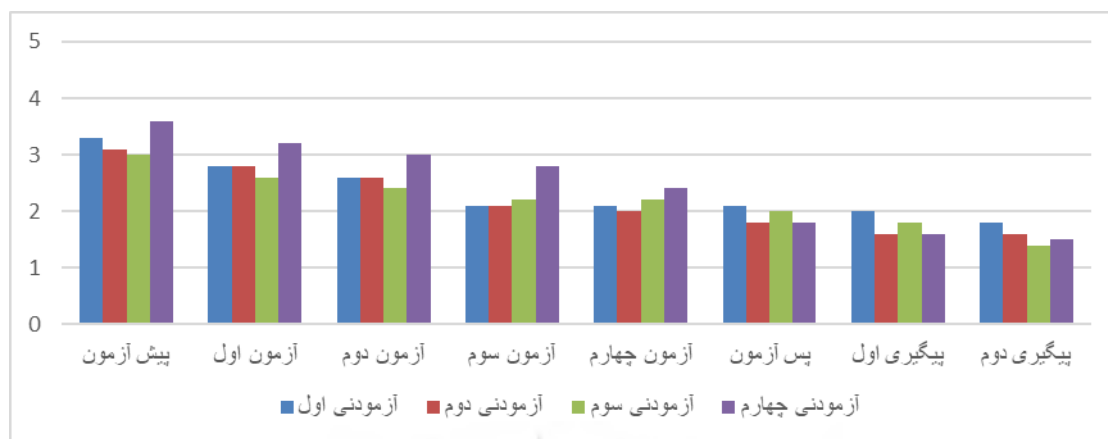
نمودار (۲). سطح حالات خلق در مراحل مختلف پایه، مداخله و پیگیری

بر حسب نتایج بدست آمده در نمودار (۳)، سطح راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان در هر چهار آزمودنی ارتقا یافته است. این امر با توجه به افزایش شیب نمودارها قابل تبیین است، چراکه در همه آنها شیب نمودارها از پیش آزمون تا پیگیری افزایش یافته‌اند.



نمودار (۳). سطح راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان در مراحل مختلف پایه، مداخله و پیگیری

بر حسب نتایج بدست آمده در نمودار (۴)، سطح راهبردهای سازش نیافته تنظیم هیجان در هر چهار آزمودنی کاهش یافته است. این امر با توجه به کاهش شیب نمودارها قابل تبیین است، چراکه در همه آنها شیب نمودارها از پیش آزمون تا پیگیری کاهش یافته اند.



نمودار (۴). سطح راهبردهای سازش نیافته تنظیم هیجان در مراحل مختلف پایه، مداخله و پیگیری

بحث و نتیجه گیری

عشق از جمله حیرت انگیزترین هیجانها و در عین حال دردناکترین هیجان نیز می تواند باشد و در چنین وضعیتی، عمیق ترین و شایعترین حالت‌های فقدان و ناکامی بر فرد تحمیل می شود که موسوم به ضربه عشق است. گروهی از علائم شدید که پس از انحلال یک رابطه رمانتیک ظهور می یابد، مدت زمان قابل توجهی باقی مانده و بسیاری از عملکردهای فردی را مختل می سازد، نشانگان ضربه عشق نامیده می گردد. ویژگی اصلی آن، تاثیر بر همه جنبه های زندگی شخص است. اتمام رابطه و شکست عاطفی در بسیاری از مطالعات بعنوان مهمترین شوک وارد شده بر فرد، مطرح گردیده است. به بیانی دیگر اتمام رابطه با هیجانهای همچون خشم، اضطراب، حسادت، تنهایی و ناامیدی همراه است، لذا چنین شکستهایی آسیبهایی جدی و غیرقابل جبرانی را بر فرد وارد می نمایند. در چنین شرایطی بکارگیری راهبردهای مقابله، از جمله تنظیم هیجان، نقش مهمی را در حفظ بهداشت روانی و سلامت جسمی فرد ایفا می نماید. افراد می توانند بر روشهای ابراز هیجان‌شان تاثیر گذارند که به آن، راهبرد تنظیم هیجان گفته می شود، متشکل از شیوه‌هایی است که فرد برای کنترل، افزایش یا کاهش هیجان‌ات خود، بکار می گیرد. در بحث هیجان میتوان هیجان را به دو دسته ی مثبت و منفی تقسیم کرد به دیگر سخن هیجانهای سازنده و هیجانهای سوزنده دو گروه هستند که نتیجه ی رهبری و تنظیم هیجان هستند. بنظر میرسد آن دسته از هیجان‌ات که در فرد ایجاد رغبت جهت اصلاح خویش از شکست می کند هیجان سازنده و در مقابل آن هیجانی که در شخص ایجاد بی میلی و ناامیدی میکند هیجان سوزنده است. در صورتیکه هیجان بعد از شکست بصورت منفی باشد، تنظیم آن بدلیل ظهور هیجانهای منفی بعد از شکست عاطفی که فرد قدرت مدیریت آنها را از دست می دهد و در اکثر موارد وارد وادی ناامیدی میشود حائز اهمیت است. بدلیل عواقب منفی حاصل از شکست عاطفی، لازم است تا با رویکرد درمانی مناسب با شرایط شخص تحت نظر جهت تبدیل و تغییر حال شخص از هیجان سوزنده به هیجانی سازنده در جهت درصدد کاهش علائم منفی احتمالی از راهبردی مناسب استفاده نمود. در چنین حالاتی نیازمند شناخت رفتارهای شخص و همچنین آگاهی از وضعیت روانی شخص بایستی

مد نظر قرار گیرد. در همین راستا، درمان شناختی رفتاری از جمله رویکردهایی است که می تواند در ارتباط با شکست عشقی، حالات خلقی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد با تجربه شکست عاطفی ناشی از آن، سودمند باشد. حالات خلقی افراد نتیجه ی حالات فکری و درونی افراد است و بسته به اینکه مقاومت شخص در ارتباط با حالات ایجاد شده چقدر باشد می تواند بر رفتار و عملکرد شخص در ارتباط با محیط اطراف تاثیرگذار باشد. پس از یک تجربه ی جدید در زندگی افراد و خصوصا در مواردی که نتیجه ی تجربه شکست بوده است تغییر حالت و بروز علائم در رفتار افراد یک امر طبیعی به نظر میرسد. در شکست های عشقی و یا تجربه ی داشتن عشق با نتیجه ی شکست نیز دارای نشانه هایی است که در افراد بروز پیدا میکند. بمنظور کمک به افرادی با تجربه شکست عاطفی یک راه میتواند درمان شناختی رفتاری باشد. به دیگر سخن بایستی با شناسایی رفتار افراد به بهبود آنها پس از تجربه ای مانند شکست عاطفی پرداخت. لذا هدف اصلی از انجام تحقیق حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر نشانگان ضربه عشق، حالات خلقی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد با تجربه شکست عاطفی است. بر اساس یافته های بدست آمده رویکرد درمان شناختی رفتاری بر نشانگان ضربه عشق موثر بوده است و پس از برگزاری دوره نشانگان ضربه عشق در پاسخگویان شدت کاهش یافته است. درمان شناختی-رفتاری به این دلیل اثربخش است که به ارزیابی و تقویت مثبت منجر می شود. به دیگر سخن شناخت رفتار افراد در تبدیل حالات منفی به حالات مثبت با بررسی رفتار آنها در جهت کاهش نشانگان ضربه ی عشق موثر بوده است. یکی از عواملی که بنظر میرسد در حصول این اثر موثر بوده است آگاهی افراد از تغییر سبک رفتاری خود و در پی آن عمل به موارد آگاه یافته در جهت ادامه ی زندگی بوده است و یا میتوان گفت گاهی حالات منفی افراد بعلمت عدم شناخت کافی از توانمندیهای خود بوده است که درمان شناختی رفتاری را میتوان در چنین حالاتی بکار برد. و افراد با تغییر سبک زندگی خود و آگاهی از قواعد جدید، زندگی خود را دنبال نمایند. این نتیجه با یافته های تحقیقات رحیمی و همکاران، ۱۳۹۸؛ رجبی و همکاران، ۱۳۹۷؛ رجبی و علیمردانی، ۱۳۹۷؛ مرادی و فتحی، ۱۳۹۵؛ اکبری و همکاران، ۱۳۹۱؛ هافمن و همکاران، ۲۰۱۴ با نتایج این پژوهش همسو وهمخوانی دارد. بر طبق یافته های بدست آمده رویکرد درمان شناختی رفتاری موجب کاهش حالات خلقی منفی همچون افسردگی، خشم، سردرگمی، تنش و... شده و با ارتقای روحیات فرد منجر به ظهور خلق هایی مثبت همانند شادکامی و آرامش فردی نمی گردد. از این رو این فرضیه در این تحقیق رد گردید. در خصوص خصوصیات خلقی افراد بنظر میرسد بیشتر جنبه ی محاطی و درونی دارد تا جنبه ی محیطی و بیرونی. از آنجاییکه تجربه ی شکست عاطفی ماحصل یک رفتار محیطی و بیرونی می باشد لذا بنظر میرسد تجربه ی شکست های مقطعی تأثیری بر تغییر آنها نداشته باشد. لذا شناخت رفتاری افرادی که ذاتا دارای خصوصیات و صفاتی ثابت هستند را میتوان در تغییر خلقیات افراد در بلند مدت و با پیگیری های طولانی تر مورد بررسی قرار داد هر چند نوسانات اثرات محیطی بی تأثیر در تشکیکی شدن این حالات نیست اما در این تحقیق اثر معناداری از شناخت رفتاری بر تغییر حالات خلقی در جهت اصلاح آنها مشاهده نشده است. بر طبق یافته های بدست آمده، درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان موثر هستند و منجر به کاهش راهبردهای سازش نیافته تنظیم شناختی هیجان همچون راهبردهای نشخوارگری، خودسرزنشگری، فاجعه نمایی و دیگر سرزنشگری نمیشوند، و ارتقای راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی همچون پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت را به همراه دارند. رضایی و همکاران، ۱۳۹۸؛ یاس فرد و همکاران، ۱۳۹۸؛ عظیمی و همکاران، ۱۳۹۵؛ سجادی و عسگری زاده، ۱۳۹۴؛ گیبسون و همکاران، ۲۰۱۴، در مطالعاتشان به نتایج مشابهی دست یافتند. در طول برنامه درمان شناختی رفتاری به آزمودنیها آموزش داده میشود و آنها را قادر میسازد تا کارکردهای درون فردی (تقویت منفی خودکار و تقویت مثبت خودکار) و بین فردی

(تقویت منفی اجتماعی و تقویت مثبت اجتماعی) رفتارهای خود آسیب رسان را در خود کاهش دهند. آنها میتواند هیجانهای منفی را در جهت هیجانهای مثبت مدیریت نماید و در مواجهه با شرایط ناگوار به تجارب ارزشمند ناشی از رویارویی با شرایط به وجود آمده بپردازد و بر سازنده بودن این شرایط تاکید نمایند. در پایان بکارگیری درمان رفتاری شناختی برای کمک به مراجعینی که دچار شکست عاطفی شده اند در کلینک ها و مراکز مشاوره و روان درمانی پیشنهاد می گردد.

منابع

- کلانتر هرمزی، آتوسا (۲۰۲۰). فراتحلیل یافته های مربوط به اثربخشی درمان های شناختی-رفتاری بر کاهش مشکلات روان شناختی دانش آموزان. *فصلنامه اندازه گیری تربیتی*، ۱۰ (۳۹)، ۱۷-۳۹.
- شیبانی، ح.، میکایلی، ن. و نریمانی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و آموزش تنظیم هیجان بر تحریک پذیری، افسردگی، اضطراب، استرس و تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال بدتنظیمی خلق مخرب. *روان شناسی بالینی*، ۱۲ (۲): صص ۴۱-۵۰.
- رجبی، س. و علی مرادی، خ. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر وضوح، خودپنداره، افسردگی اضطراب، استرس و عزت نفس در دانشجویان دارای نشانگان ضربه عشق. *مطالعات روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء (س)*، ۱۴ (۳): صص ۱۳۱-۱۴۷.
- پورحمیدی، سروقد، رضایی، ادرمیدخت، بقولی و حسین. (۲۰۱۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علایم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان دوره متوسطه اول دارای اضطراب امتحان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روشها و مدل های روانشناختی*، ۱۰ (۳۵)، ۱۷-۳۵.
- باقری نیا، ح.، یمینی، م.، جوادی علمی، ل. و نورادی، ط. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در اختلال افسردگی اساسی. *ارمغان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج دوره ۲۰، شماره ۳، خرداد ۱۳۹۴*.
- پورفرخ، م.، کرمی نیا، ر. و احدی، ح. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) گروهی بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵ (۲): صص ۱۹۷-۱۸۹.
- سجادی، م. و عسکری زاده، ق. نقش ذهن آگاهی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیش بینی علایم روان شناختی دانشجویان علوم پزشکی. *دوماهنامه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۸ (۵): ۳۰۱-۳۰۸.
- صالح، ج.، محمودی، ع. و پایدار، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی دانش آموزان. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۲ (۱): ۸۳-۸۸.
- کاظمی رضایی، س.و.، کاکابرابی، ک. و حسینی، س. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت نظم جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم، شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران قلبی و عروقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۲ (۴): صص ۹۸-۱۱۱.
- عظیمی، م.، مرادی، ع.ر. و حسینی، ج. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (اجرای حضوری و اینترنتی) بر راهبردهای تنظیم هیجانی افراد با همبودی بی خوابی و افسردگی. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۱ (۱): صص ۴۹-۶۱.

مجد، ا. و پروانه، م. (۱۳۹۰). نظری مثلث عشق استرنبرگ و انطباق آن با عقاید سعدی، علوم اجتماعی. زن در فرهنگ و هنر، شماره ۶، صص ۱۳-۱۶.

مرادی، م. و فتاحی، د. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر امید به زندگی و بهزیستی معنوی دانشجویان سوگ دیده، مطالعات روانشناختی، ۱۲(۳):صص ۶۳-۸۲.

نیک یار، ح.ر.، رئیسی، ز. و فرخی، ح. (۱۳۹۲). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی و افزایش امیدواری در بیماران زن مبتال به تومور مغزی. دو فصلنامه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ۱(۲).

نورعلی، ه.، حاجی یخچالی، ع.ر.، شهنی بیالق، م. و مکتبی، غ.ح. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری، بهزیستی مدرسه و تنظیم هیجان در دانش آموزان پسر مدارس استعدادهای درخشان. مجله دست آوردهای روانشناختی (علوم تربیتی و روانشناسی) دانشگاه شهید چمران اهواز، ۲۲(۲). صص ۹۱-۱۱۰.

یاس فرد، غ.، بایر امعلی، ر. و شیرزادی، ا.ر. (۱۳۹۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عزت نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خودجرحی غیرخودکشی در دختران نوجوان. اندیشه و رفتار. ۱۴(۵).

Cojocaru, C. M., Popa, C. O., Suci, N., Péter, O., Schenk, A., & Muresan, S. (2021). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for treating major depressive disorder comorbid with chronic disease. *Acta Marisiensis-Seria Medica*, 67(1).

Dehghanifar F, Khosropour F, Mohammad tehrani H. (2020). Structural Modeling of Object Relations Mediated by Cognitive Emotion Regulation to Predict the Love Trauma Syndrome in Female Students. *PCNM*. 10 (2) :1-8.

Desatnik, A., Bel-B. T., Nolte, T., Crowley, M., Fonagy, P., & Fearon, P. (2017). Emotion regulation in adolescents: An ERP study. *Biological Psychology*, 129, 52-61.

Amani, A., Yousifi, N. & Ahmadi, S. (۲۰۱۴). The efficacy of group logotherapy on resilience and loneliness of female students with love trauma syndrome. *Journal of Counseling Research* , 13(49): 81-103

Amanallahi A, Tardast K, Aslani KH. (2015). Prediction of love trauma syndrome based on self compassion among female students having experienced romantic breakups. *Journal of Applied Psychology*, 4 (32):43-61.

Carpenter J, Andrews L, Witcraft S, Powers M, Smits J, and Hofmann S. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta analysis of randomized placebo controlled trials. *Depression and Anxiety*. 35(6);502-14, doi:10.1002/da.22728.

Finch JF, Baranik LE, Liu Y, West SG. Physical health, positive and negative affect, and personality: A longitudinal analysis. *Journal of Research in Personality* 2012; 46: 537-545.

Fordham, B., Sugavanam, T., Hopewell, S., Hemming, K., Howick, J., Kirtley, S., ... & Lamb, S.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.

- Hudiyawati, D., & Prakoso, A. (2019). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Depression, Anxiety and Stress among Hospitalized Patients with Congestive Heart Failure in Central Java. *Jurnal Ners*, 14(3), 367-373.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Despland, J. N., & de Roten, Y. (2015). One minute of grief: Emotional processing in short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 187.
- Kumar, V., Sattar, Y., Bseiso, A., Khan, S., & Rutkofsky, I. H. (2017). The effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy in treatment of psychiatric disorders. *Cureus*, 9(8).
- Lazarus, A. A., & Abramovitz, A. (2004). A multimodal behavioral approach to performance anxiety. *Journal of clinical psychology*, 60(8), 831-840.
- Lincoln, T. M., Riehle, M., Pillny, M., Helbig-Lang, S., Fladung, A. K., Hartmann-Riemer, M., & Kaiser, S. (2017). Using functional analysis as a framework to guide individualized treatment for negative symptoms. *Frontiers in psychology*, 8, 2108.
- Motiee, Z., Burjali, A., & Taghavi, D. (2014). The mediatory role of love story in relationship with early maladaptive schemas and marital satisfaction. *Journal of Behavioral Sciences*, 8(3), 219-226.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cognitive-behavioral therapy (alcohol, marijuana, cocaine, methamphetamine, nicotine). Updated June 1, 2020.
- Raio, C. M., Orederu, T. A., Palazzolo, L., Shurick, A. A., & Phelps, E. A. (2013). Cognitive emotion regulation fails the stress test. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(37): 15139–15144.
- Rajabi, M., Bakhshani, N. M., Saravani, M. R., Khanjani, S., & Javad Bagian, M. (2017). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on coping strategies and in reducing anxiety, depression, and physical complaints in student victims of bullying. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 6(2).
- Strauss Asher Y. .YogevKivity, Jonathan D.Huppert. (2019). Emotion Regulation Strategies in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder. *Behavior Therapy* Volume 50, Issue 3, May 2019, Pages 659-671
- Rosner, R., Rimane, E., Vogel, A., Rau, J., & Hagl, M. (2018). Treating prolonged grief disorder with prolonged grief-specific cognitive behavioral therapy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19(1): 241.
- Rosse RB. The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken heart. Lifelong Books; 2007.
- Alavi, M. S., & Jabal Ameli, S. (2018). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Control of MS Patients in the City of Isfahan. *Jorjani Biomedicine Journal*, 6(1): 44-54.
- Sburlati ES, Lyneham HJ, Schniering CA et al. Evidence-based CBT for anxiety and depression in children and adolescents, a competencies based approach. *John Wiley & Sons* 2014, doi:10.1002/9781118500576.ch17

Spuij, M., Dekovic, M., & Boelen, P. A. (2015). An open trial of 'Grief Help': A cognitive-behavioural treatment for prolonged grief in children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(2), 185-192.

Sternberg Robert J (1986), A triangular theory of love. *Psychological Review*, Vol. 93, No. 2, 119-135.

