رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۸، شماره پیاپی ۶۵، آبان ۱۴۰۰
*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(8), 2021*

# اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی آنلاین بر افسردگی، اضطراب و نشانگان ضربه عشق دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی

# Effectiveness of Online Transdiagnostic Group Therapy on Depression and Anxiety and love Trauma Syndromes on University Students with Adjustment Disorder Due to Romantic Breakup

**المیرا آریانا کیا**
دکترای روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
**دکتر چنگیز رحیمی** (نویسنده مسئول)
استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
**دکتر نورالله محمدی**
استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
**دکتر عبدالعزیز افلاک سیر**
دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

**Elmira Ariana Kia**
Ph.D of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
**Dr. Changiz Rahimi ***
Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
*crahimi2016@hotmail.com*
Dr. **Nourollah Mohammadi**
Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
Dr. **Abdolaziz Aflak seir**
Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

## چکیده
پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی آنلاین بر افسردگی، اضطراب و نشانگان ضربه عشق دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی صورت گرفت. با توجه به بروز بیماری همه گیر کرونا، 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 در کانال دانشگاه های معتبر و پس از پر کردن فرم اولیه خودساخته توسط پژوهشگر مبنی بر داشتن شرایط ورود و خروج به مطالعه با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از مصاحبه تشخیصی و انجام پرسشنامه های مربوطه یک گروه انتخاب و در دو گروه به صورت ۱۵ نفر در گروه آزمایش (گروه درمانی فراتشخیصی) و ۱۵ نفر در گروه در انتظار درمان جایگزین شدند. این درمان طی ۱۰ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایشی اجرا شد. آزمودنی ها در سه مرحله پرسشنامه های ضربه عشق (LTI) (راس، ۱۹۹۹)، افسردگی بک (BDI-II) (بک، استیر، براون ، ۱۹۹۶) و اضطراب بک (BAI) (بک، اپستاین، براون و استیر، ۱۹۸۸) را تکمیل کردند: پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱ ماهه. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان دهنده سطح معناداری ( ۵ ۰/۰ >P) نمرات پس آزمون گروه آزمایش و گروه در انتظار درمان در متغیرهای مربوطه بود. نتایج حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی آنلاین در کاهش علایم ناشی از شکست عاطفی هستند.

***واژه‌های کلیدی:*** *شکست عاطفی، ضربه عشق، افسردگی، اضطراب، درمان فراتشخیصی*

## Abstract
The aim of this study was to evaluate the effectiveness of online transdiagnostic group therapy on depression and anxiety and love trauma syndromes on university students with adjustment disorder due to romantic breakup. Due to the incidence of 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 which was done online through advertisements in the channels of reputable universities and after filling in the initial self-made form by the researcher to meet the conditions entry and exit to the study were selected by purposive sampling .After the diagnostic interview and conducting relevant questionnaires of a group were selected and divided into two groups: 15 people in the experimental group (transdiagnostic group), and 15 people in the control group. This treatment was performed in 90-minute 10 group sessions for the experimental group. Subjects completed the love trauma (Rosse, 1999); Beck Depression (Beck, Steer, & Brown, 1996), and Beck Anxiety (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) inventories in three stages: pretest, post-test, and 1-month follow-up. Data analysis using variate analysis with repeated measures showed a significant level (P<0/05) between the post-test scores of the experimental and control groups in the relevant variables, but no significant difference was observed between the two interventions. The results of the study indicate the effectiveness of online transdiagnostic therapy in reducing the symptoms of Romantic Breakup.
***Keywords:*** *Romantic Breakup, love trauma, Depression, Anxiety, Transdiagnostic Therapy*

**نوع مقاله : کاربردی** **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۰** **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : آبان ۱۴۰۰**

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]

## مقدمه

دوره جوانی با تغییرات مهمی در حوزه‌های مختلف زندگی مشخص می‌شود که یکی از آن‌ها احساس نیاز به صمیمیت با جنس مکمل و برقراری روابط عاطفی است (سالواتور،[1] ۲۰۱۸). ورود به دانشگاه برای جوانان همراه با تجربه‌های جدید از جمله ارتباط با جنس مکمل است، تغییر موقعیت و دوری از خانواده موجب اولویت یافتن نیازهای عاطفی و افزایش احتمال درگیر شدن در روابط عاطفی می‌گردد. به‌علاوه، در این دوره سنی، به‌تدریج یافتن شریک زندگی، به رویداد مهمی در زندگی تبدیل می‌شود و ممکن است پدیده عشق در فرد رخ دهد (هاولی، ماهونی، پارگمنت، و گوردون،[2] ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد روابط عاشقانه و شکست‌های عاطفی نقش مهمی در بهداشت روانی افراد به ویژه جوانان ایفا می‌کند. به طور کلی ۰/۷۰ از دانشجویان پریشانی بعد از شکست عاطفی را تجربه می‌کنند (کولینز و گیلات،[3] ۲۰۱۲). همچنین طبق اعلام رئیس سابق مرکز مشاوره وزارت علوم با اشاره به مشکلات شایع دوران دانشجویی براساس آمارها یک سوم دانشجویان ایرانی شکست عاطفی را در دوران دانشجویی تجربه می‌کنند (یعقوبی، ۱۳۹۸)؛ لذا به‌دلیل گسترش شکست عاطفی، تمرکز بر پیامدهای آن برای آسیب‌دیدگان قابل توجیه است. راسنر، فو، کوتوکووا و هاگل[4](۲۰۱۴) برخی از علایم شکست عاطفی را ارائه کرده‌اند که عبارتند از: ۱) حزن و ناراحتی، ۲) پریشانی ناشی از جدایی که خود چند نشانه دارد شامل؛ افکار خودآیند مربوط به رابطه ازدست رفته، احساس‌های عمیق غم و درد و ناراحتی ناشی از رابطه ازدست رفته و اشتیاق به فرد ازدست رفته، ۳) علائم شناختی شامل؛ سردرگمی نقش در زندگی و کاهش عزت نفس، مشکل در پذیرش ضربه، اجتناب از تداعی کننده‌های شکست، کاهش اعتماد به دیگران، کاهش عواطف و تحرک در زندگی، احساس پوچی و بی‌معنایی و ایجاد زمینه برای اختلالاتی همچون افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر. نتایج پژوهش‌ها در مورد روابط نشان می‌دهد که شکست در رابطه عاطفی، پیامدهای منفی مانند احساس ناراحتی، افسردگی، خاطرات منفی و ضربه عاطفی به دنبال دارد (دل پالسیو گونزالز، کلارک و اسالیوان،[5] ۲۰۱۷). درد عاطفی ناشی از شکست عاطفی می‌تواند به صورت نشانگان ضربه عشق ظاهر شود، نشانگان ضربه عشق زمانی اتفاق می‌افتد که کسی تهدیدی را در رابطه با کسی که به او بسیار علاقه دارد تجربه کند که پاسخ شخص می‌تواند شامل: ناراحتی عاطفی شدیدی باشد که این پریشانی شامل احساس غم و اندوه، ترس، اضطراب، ناامیدی و خیلی مواقع همراه با واکنش‌های فیزیکی مانند احساس تهوع، لرزش، سرگیجه، خستگی و حتی تب می‌باشد (راس،[6] ۲۰۰۷). همسان با این مفهوم‌سازی، دانشجویانی که سطوح بالاتری از پریشانی شکست عاطفی را گزارش داده بودند، افکار مزاحم بیشتر، کنترل مشکل‌تر افکار مزاحم، اختلال خواب بیشتر و سطوح بالاتری از افسردگی و اضطراب را تجربه کرده بودند (فیلد، دیگو، پلاز، دیدز و دلگادو،[7] ۲۰۱۱). با توجه به اینکه همراه با شکست عشقی، اندوه، افسردگی، و خشم در فرد ظاهر می‌شود و سلامت روان و روابط بین‌فردی 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،[8] ۲۰۱۸). اما، اغلب افراد به این درمان‌ها دسترسی ندارند. نورتن و هوپ[9] 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، مک‌کینون، کویکن، گیلبادی، دالگلیش،[10] ۲۰۱۵). درمان‌های فراتشخیصی (بارلو، فارشیون، فیرهلم، الارد، بوئیسو و همکاران،[11] ۲۰۱۱) در پاسخ به این محدودیت‌ها ایجاد شدند. با توجه به شواهد تجربی و نظری قوی درمورد وجود بیشتر عوامل مشترک نسبت به عوامل اختصاصی

1. Salvatore
2. Hawley, Mahoney, Pargament, & Gordon
3. Collins & Gillath
4. Rosner, Pfoh, Kotoučová, & Hagl
5. Del Palacio-González, Clark & O'Sullivan
6. Rosse
7. Field, Diego, Pelaez, Deeds, & Delgado
8. Carpenter, Andrews, Witcraft, Powers, Smits, & Hofmann
9. Norton & Hope
10. Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, Dalgleish
11. Barlow, Farchione, Firholme, Ellard, Boisseau, & Allen

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]

در بین اختلال‌های اضطرابی و خلقی و سایر اختلال‌های هیجانی وابسته، این عوامل مشترک بعنوان منطقی بر پدیدآیی و زیربناهای مفهومی درمان‌های فراتشخیصی در نظر گرفته شدند (واتکینز،[1] ۲۰۱۵). این رویکرد علاوه بر تاکید بر فرایندهای 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). درمان فراتشخیصی درمانی است "که برای افرادی با دامنه وسیعی از تشخیص‌ها کاربرد دارد و اجرای کارآمد آن به دانش اختصاصی مربوط به اختلال خاصی وابسته نیست" (شیفل، شولز، ناولسورد، رنبرگ، بوتچر،[2] ۲۰۲۰). نتایج مطالعات نشان می‌دهد درمان فراتشخیصی یک درمان امیدوار کننده برای اضطراب و افسردگی جوانان است (چااو، کراکو، اسلینگ، آریزاگا، لیندر و همکاران،[3] ۲۰۱۶). نتایج پژوهش‌های دیگر حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی در کاهش اضطراب، افسردگی در بیمارانی با اختلالات هیجانی است (کانکلین و بوچر،[4] ۲۰۱۷؛ بوسول، آندرسون و بارلو،[5] ۲۰۱۴؛ نورتن و باررآ،[6] ۲۰۱۲؛ ریکاردی،[7] ۲۰۱۲؛ جانسون، هسر، ال-جاتسون، فردریک و آندرسون،[8] ۲۰۱۲؛ تیتاو، دیر، شوانکه، اندروز، جانسون و همکاران،[9] ۲۰۱۱؛ کراسک،[10] ۲۰۱۲). نتایج پژوهش‌های داخلی نیز حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب (محمدی، سلیمانی، محمدی، عباسی، فروغی، ۲۰۱۹؛ بخشعلی‌پور، علیلو، زارعان، ۱۳۹۸؛ ملکی دوز طبسی، آقامحمدیان شعرباف، عبدخدایی، ۱۳۹۹) بود. در پژوهش دیگری نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری و فراتشخیصی نسبت به گروه گواه به طور معناداری بر کاهش اضطراب، افسردگی، استرس، باورهای غیرمنطقی و بهبود کیفیت زندگی اثربخش بوده‌اند (آبنیکی، ۱۳۹۵). همچنین پژوهش‌های دیگر حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی زنان نابارور (طالبی، نایینی، نوروزی و یعقوبی، ۱۳۹۶) و اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجانی بر ابعاد تنظیم هیجانی و سازگاری فردی و اجتماعی در دانشجویان دختر (عظیمی، امیدی، شفیعی و نادمی، ۱۳۹۶) و اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی که یکی از تکنیک‌های بکار رفته در درمان فراتشخیصی است بر بهبود علائم سندرم ضربه عشق و ذهن آگاهی دردانشجویان دختر با ویژگی روان رنجورخویی (اصغری، بیگدلی و کیمیایی، ۱۳۹۸) و اثربخشی درمان فرا تشخیصی یکپارچه بارلو بر تمایز یافتگی خود و دشواری‌های تنظیم هیجانی در مراجعان دارای نشانگان اضطراب بود (فدائی، قنبری و کیمیایی، ۱۳۹۷).

علاوه براین، با توجه به اینکه از دسامبر ۲۰۱۹ میلادی با انتشار ویروس جدیدی در ووهان چین با نام بیماری کووید-۱۹[11] (زو، وی، و نیو،[12] ۲۰۲۰) و قدرت سرایت بالای آن به طوریکه در کمتر از ۴ ماه تمامی کشورهای جهان را آلوده کرد (رموزی و رموزی،[13] 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،[14] ۲۰۲۰) همین امر لزوم مداخلات روان‌شناختی آنلاین را 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 روان-شناختی ویژه است. کمبود تحقیقات کنترل‌شده در مورد شکست عاطفی نه تنها در ایران بلکه در کشورهای دیگر نیز مطرح است، و

1. Watkins
2. Schaeuffele, Schulz, Knaevelsrud, Renneberg, Boettcher
3. Chu, Crocco, Esseling, Areizaga, Lindner, Skriner
4. Conklin & Boettcher
5. Boswell, Anderson & Barlow
6. Norton & Barrera
7. Riccardi
8. Johansson, Hesser, Ljótsson, Frederick & Andersson
9. Titov, Dear, Schwencke, Andrews, Johnston, Craske & McEvoy
10. Craske
11. COVID-19
12. Zhu, Wei, Niu
13. Remuzzi& Remuzzi
14. Ryu, Chun

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]

علی‌رغم گزارش اثربخشی طرحواره‌درمانی در درمان شکست‌های عاطفی، و روان‌درمانی کوتاه مدت تعدیل‌کننده‌ی اضطراب بر نشانگان ضربه‌ی عشق هیچ رویکرد درمانی انتخابی و ترجیحی برای درمان این مساله تایید و پیشنهاد نشده است؛ بنابراین، فقدان داده‌ها و اطلاعات در مورد اثربخشی رویکردهای درمانی 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 تاثیر اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی اینترنتی بر افسردگی، اضطراب و نشانگان ضربه عشق دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی بوده است.

## روش

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_پس آزمون و گروه کنترل 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 پس از مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 به صورت آنلاین و تصویری و در نرم افزار زوم در مدت ۱ ماه و انجام پرسشنامه‌های مربوطه یک گروه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه به صورت ۱۵ نفر در گروه آزمایش (گروه درمانی فراتشخیصی) و ۱۵ نفر نیز در گروه در انتظار درمان جایگزین شدند. در پایان مداخله از همه آن‌ها به صورت آنلاین پس آزمون 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 علایم 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 روانی‌حرکتی، 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 درصورت بروز بحران یا تشدید علایم به روانپزشک یا درمانگر فردی ارجاع خواهند شد.

### ابزار سنجش

**پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی**[1]: این فرم که توسط خود پژوهشگر ساخته شد، قبل از شروع گروه درمانی و در فرایند 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.

**پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم**[2]**(BDI- II)**: این پرسش‌نامه همان شکل ویرایش شده پرسشنامه‌ی افسردگی بک است که جهت ارزیابی شدت افسردگی ارائه شده است (بک، استیر، براون،[3] ۱۹۹۶). این نسخه در مقایسه با نسخه اول بیشتر با DSM-IV همخوان است و هردو ۲۱ سؤالی هستند و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه‌ی شناختی را پوشش می‌دهد. نمره کل این پرسش‌نامه از ۰ تا ۶۳ درنظر گرفته شده است که میانگین نمره ۲۰ به بالا دارای افسردگی متوسط و شدید هستند. کاپسی و همکاران ضریب روایی همگرا بین BDI-II و BDI و خرده مقیاس پرسش‌نامه روانی در نمونه غیربالینی را به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۶۷ و همچنین ضرایب همسانی

1. Demograhic Information Questionarie
2. Beck Depression Inventory
3. Beck, Steer, & Brown

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]

درونی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضرایب بازآزمایی را در نمونه غیربالینی ۰/۹۴ گزارش کردند (کاپسی، اسلو، ترک کاپار، و کاراگلان،[1] ۲۰۰۸). دابسون و محمدخانی (۲۰۱۳) روایی همگرای این مقیاس را از طریق محاسبه همبستگی با پرسشنامه اختصاری نشانه مرضی ۰/۸۷ و پایایی کل این آزمون را برابر با ۰/۹۱ و دامنه ضرایب همبستگی هرماده را با کل پرسشنامه (قدرت تشخیص سوال) بین ۰/۶۸۱ و ۰/۴۵۴ گزارش کرده‌اند.

**پرسش‌نامه اضطراب بک[2] (BAI)**: بک، اپستاین، براون و استیر[3] در سال ۱۹۸۸ این پرسش‌نامه را تدوین کردند که شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ است که نمره بالا نشان دهنده‌ی اضطراب بیشتر است. هر عبارت نشان دهنده یکی از نشانه‌های اضطراب است که معمولا افرادی اضطراب بالینی دارند یا در شرایط اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند، برخی از این علایم را تجربه می‌کنند. نقاط برش به این شکل است که؛ نمره ۰ تا ۷؛ اضطراب جزیی، نمره ۸ تا ۱۵؛ اضطراب خفیف، نمره ۱۶ تا ۲۵؛ اضطراب متوسط و نمره ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهند و فقدان اضطراب نقطه برشی ندارد. روایی این پرسش‌نامه با مقیاس اضطراب همیلتون ۰/۵۱ و همسانی درونی ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی (به فاصله یک هفته) ۰/۷۵ توسط بک و همکاران (۱۹۸۸) گزارش شده است. روایی این پرسش‌نامه ۰/۷۲ و پایایی پرسش‌نامه با روش همسانی درونی و باز آزمایی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ به دست آمده است (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷).

**پرسش‌نامه ضربه عشق[4] (LTI)**: این پرسش‌نامه توسط راس (۱۹۹۹) برای ارزیابی شدت ضربه‌ی عشق تدوین و شامل ۱۰ ماده ۴ گزینه‌ای است. این پرسش‌نامه یک سنجش کلی از میزان آشفتگی جسمانی، هیجانی، شناختی و رفتاری ارائه می‌کند. نقطه برش این پرسش‌نامه، ۲۰ می‌باشد (راس، ۱۹۹۹). نمره‌گذاری برای هر سؤال گزینه‌ها به ترتیب از ۳ تا صفر نمره می‌باشد. فقط سؤال‌های ۱ و ۲ نمره‌گذاری معکوس دارند. در نهایت جمع نمره‌ها به عنوان وضعیتی از نشانگان ضربه به شمار می‌رود (تردست، ۱۳۹۳). در پژوهش تردست (۱۳۹۳) برای بررسی روایی، همبستگی ضربه عشق با پرسش‌نامه افسردگی بک برابر با ۰/۶۴ به دست آمد. پایایی این پرسش‌نامه نیز به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بود. پایایی این پرسشنامه توسط دهقانی و همکاران (۱۳۸۹) در نمونه ۴۸ نفری با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ بدست آمده است.

**مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری[5] (ADNM-20)**: فرم ۲۰ سوالی مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری توسط لرنز، باچم و مارکر در سال ۲۰۱۶ برای ارزیابی اختلال سازگاری تهیه شده است. این مقیاس شامل ۲۰ سوال است و پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز (۱) تا اغلب (۴) می‌باشد. علایم اصلی توسط ۸ سؤال و علایم فرعی توسط ۱۲ سوال مورد سنجش قرار می‌گیرند. روایی همگرا و واگرای این مقیاس با مقیاس اضطراب همیلتون به ترتیب ۰/۱۸ و ۰/۳۱بود (باچم، پرکونیگ، استین، مارکر،[6] ۲۰۱۶). در پژوهش لرنز، باچم و مارکر[7] نیز ضرایب پایایی همسانی درونی به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای علایم اصلی و ۰/۸۹ برای علایم فرعی به دست آمد. در پژوهش سرافراز و همکاران روایی همگرا-واگرا با مقیاس مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس(DASS-21[8]) ۰/۶۵ و نیز آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۷ بود که از حاکی از پایایی مطلوب کل پرسشنامه بود (سرافراز، شهوند و زارعی، ۱۳۹۶).

پس از انجام نمونه‌گیری، همه بیماران در یک جلسه به صورت گروهی اینترنتی پرسشنامه‌های پیش آزمون 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) 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 پس آزمون و نیز ۱ ماه پس از پایان درمان، پیگیری به عمل آمد که همگی در نرم افزار زوم[9] انجام شد. روش تحلیل داده‌ها، تحلیل آماری

1. Kapci, Uslu, Turkcapar, & Karaoglan
2. Beck Anxiety Inventory
3. Beck, Epstein, Brown, & Steer
4. love Trauma Inventory
5. Adjustment Disorder New Model-20
6. Bachem, Perkonigg, Stein, & Maercker
7. Lorenz, Bachem, Maercker
8. Depressive Anxiety Stress Scale 21
9. Zoom

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]

توصیفی، و روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و بررسی اثربخشی گروه مورد مطالعه در متغیرهای اضطراب، افسردگی و نشانگان ضربه عشق بود که با نرم‌افزار SPSS 26 انجام شد.

**جدول۱. خلاصه جلسات فراتشخیصی آنلاین در نرم افزار زوم ( بارلو و همکاران (۲۰۱۱)، پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های 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، فرایند و مدل مداخله | آموزش ثبت و نظارت بر هیجان‌ها |
| ۲ | آموزش روانی در خصوص ماهیت هیجان‌ها و تفکیک افکار از هیجان است | آموزش ثبت و نظارت بر هیجان‌ها |
| ۳ | و آشنایی با سه مؤلفه هیجان<br>افزایش آگاهی نسبت به ماشه چکان‌های تجارب هیجانی و پاسخ‌ها و شناسایی پیشایندها، پاسخ‌ها و پیامدها | تکمیل برگه پیشایند، پاسخ، پیامد |
| ۴ | افزایش آگاهی غیرقضاوتی و لحظه‌ای از تجربیات هیجانی، جهت دهی 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 EDB ها در زمینه |
| ۵ | شناسایی و بازنگری در الگوهای تفکر با هدف ایجاد انعطاف‌پذیری در تفکر از طریق تمرین ارزیابی شناختی و توضیح تله‌های ذهنی نتیجه‌گیری شتابزده و فاجعه سازی و آموزش نحوه اصلاح آن‌ها | 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 هیجانات |
| 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 EDBها |
| 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 نقش خوگیری، 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، جمع بندی و اجرای پس‌آزمون | تکمیل فرم ارزیابی پیشرفت، طرح تمرین، و فرم اهداف بلند مدت |

## یافته ها

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) 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 و ۱ نفر (۶/۷ درصد) دارای تحصیلات

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]

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 از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت مخلی استفاده شد. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت مخلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به‌طورمعمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه‌کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. که از آنجا که نتایج آزمون مخلی معنی‌دار بود (P<۰/۰۵) از شاخص گرینهاوس-گیسر استفاده شد علاوه براین برای مقایسه‌های زوجی نیز از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد که در نهایت همگی این پیش فرض‌ها مورد تایید قرار گرفت. در ادامه در جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش‌شده است.

**جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی، اضطراب و نشانگان ضربه عشق در گروه‌های پژوهش**

| | | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | متغیر | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| گواه | افسردگی | ۱۶.۶۰ | ۶.۴۵۶ | ۱۷.۳۳ | ۵.۹۳۶ | ۱۵.۵۳ | ۵.۳۳۰ |
| | اضطراب | ۱۵.۵۳ | ۶.۲۳۲ | ۱۵.۲۷ | ۵.۵۰۹ | ۱۴.۰۷ | ۴.۸۰۳ |
| | نشانگان ضربه عشق | ۱۳.۸۰ | ۵.۲۵۴ | ۱۵ | ۴.۳۹۲ | ۱۲.۸۷ | ۴.۹۲۶ |
| درمان فراتشخیصی | افسردگی | ۱۹.۷۳ | ۹.۵۶۵ | ۱۴.۲۰ | ۷.۳۱۱ | ۱۵.۶۰ | ۶.۷۳۸ |
| | اضطراب | ۱۸.۲۰ | ۵.۹۹۰ | ۱۲.۱۳ | ۵.۹۳۹ | ۱۳.۲۰ | ۵.۹۳۱ |
| | نشانگان ضربه عشق | ۱۴.۶۷ | ۴.۷۱۶ | ۹.۹۳ | ۵.۵۴۸ | ۱۰.۸۰ | ۶.۵۹۲ |

بر اساس نتایج جدول ۲ نمرات میانگین نمرات متغیرهای افسردگی، اضطراب و نشانگان ضربه عشق در گروه درمان فراتشخیصی نسبت به گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است.

**جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در افسردگی، اضطراب و نشانگان ضربه عشق در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری**

| متغیر | منبع تغییر | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F | * سطح معناداری | میزان تأثیر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| افسردگی | مراحل | ۱۲۵.۶۰۰ | ۱.۷۱۸ | ۷۳.۱۱۱ | ۶.۸۷۲ | ۰.۰۰۴ | ۰.۱۹۷ |
| | گروه‌ها | ۰.۰۱۱ | ۱ | ۰.۰۱۱ | ۰.۰۰۱ | ۰.۹۹۳ | ۰.۰۰۱ |
| | مراحل * گروه | ۱۴۷.۲۸۹ | ۱.۷۱۸ | ۸۵.۷۳۶ | ۸.۰۵۸ | ۰.۰۰۲ | ۰.۲۲۳ |
| اضطراب | مراحل | ۲۰۴.۸۶۷ | ۱.۸۹۲ | ۱۰۸.۲۷۱ | ۱۷.۹۰۸ | ۰.۰۰۱ | ۰.۳۹۰ |
| | گروه‌ها | ۴.۴۴۴ | ۱ | ۴.۴۴۴ | ۰.۰۵۱ | ۰.۸۲۴ | ۰.۰۰۲ |
| | مراحل * گروه | ۱۲۸.۱۵۶ | ۱.۸۹۲ | ۶۷.۷۳۰ | ۱۱.۲۰۳ | ۰.۰۰۱ | ۰.۲۸۶ |
| نشانگان ضربه عشق | مراحل | ۹۲.۸۲۲ | ۱.۷۴۷ | ۵۳.۱۴۳ | ۳.۳۹۷ | ۰.۰۴۸ | ۰.۱۰۸ |
| | گروه‌ها | ۹۸.۱۷۸ | ۱ | ۹۸.۱۷۸ | ۱.۷۳۸ | ۰.۱۹۸ | ۰.۰۵۸ |
| | مراحل * گروه | ۱۳۲.۰۲۲ | ۱.۷۴۷ | ۷۵.۵۸۵ | ۴.۸۳۱ | ۰.۰۱۵ | ۰.۱۴۷ |

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۳تفاوت بین نمرات متغیرهای افسردگی (P<۰/۰۱)، اضطراب (P<۰/۰۱) و متغیر نشانگان ضربه عشق (P<۰/۰۵) در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است. نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به ۲۲/۳، ۲۸/۶ و ۱۴/۷ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای افسردگی، اضطراب و نشانگان ضربه عشق به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]

مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار است (P<۰/۰۱)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی‌دار است.

**جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های درمان فراتشخیصی و گواه در سه مرحله پژوهش در متغیرهای افسردگی، اضطراب و نشانگان ضربه عشق**

| گروه | متغیر وابسته | مرحله | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|---|
| گواه | افسردگی | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | -۰.۷۳۳ | ۱.۰۹۲ | ۱ |
| | | پیش‌آزمون-پیگیری | ۱.۰۶۷ | ۱.۲۸۸ | ۱ |
| | | پس‌آزمون-پیگیری | ۱.۸۰۰ | ۰.۸۹۷ | ۰.۱۶۴ |
| | اضطراب | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۰.۲۶۷ | ۰.۷۶۸ | ۱ |
| | | پیش‌آزمون-پیگیری | ۱.۴۶۷ | ۰.۹۴۸ | ۰.۴۰۰ |
| | | پس‌آزمون-پیگیری | ۱.۲۰۰ | ۰.۸۹۴ | ۰.۵۷۰ |
| | ضربه عشق | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | -۱.۲۰۰ | ۱.۱۳۵ | ۰.۸۹۹ |
| | | پیش‌آزمون-پیگیری | ۰.۹۳۳ | ۱.۵۷۳ | ۱ |
| | | پس‌آزمون-پیگیری | -۲.۱۳۳ | ۱.۳۰۵ | ۰.۳۴۰ |
| درمان فراتشخیصی | افسردگی | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۵.۵۳۳ | ۱.۰۹۲ | ۰.۰۰۱ |
| | | پیش‌آزمون-پیگیری | ۴.۱۳۳ | ۱.۲۸۸ | ۰.۰۱۰ |
| | | پس‌آزمون-پیگیری | -۱.۴۰۰ | ۰.۸۹۷ | ۰.۳۹۰ |
| | اضطراب | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۶.۰۶۷ | ۰.۷۶۸ | ۰.۰۰۱ |
| | | پیش‌آزمون-پیگیری | ۵ | ۰.۹۴۸ | ۰.۰۰۱ |
| | | پس‌آزمون-پیگیری | -۱.۰۶۷ | ۰.۸۹۴ | ۰.۷۲۸ |
| | ضربه عشق | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۴.۷۳۳ | ۱.۱۳۵ | ۰.۰۰۱ |
| | | پیش‌آزمون-پیگیری | ۳.۸۶۷ | ۱.۵۷۳ | ۰.۰۴۱ |
| | | پس‌آزمون-پیگیری | -۰.۸۶۷ | ۱.۳۰۵ | ۱ |

براساس یافته های بدست آمده در جدول ۴ نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌های افسردگی، اضطراب و نشانگان ضربه عشق از طریق آزمون بونفرنی نیز در سه مرحله آزمون که تفاوت مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان فراتشخیصی معنی‌دار به‌دست‌آمد (p<۰/۰۱) و میانگین نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافت. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری در گروه درمان فراتشخیصی معنی‌دار نبود (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 معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵). با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی‌دار است؛ بنابراین نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی نیز حاکی از معنی‌داری متغیرهای افسردگی (P<۰/۰۱) در مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون، اضطراب (P<۰/۰۱) در مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری و متغیر نشانگان ضربه عشق (P<۰/۰۵) در مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌باشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر گروه درمانی فراتشخیصی آنلاین بر افسردگی، اضطراب و نشانگان ضربه عشق دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی بوده است. نتایج تحلیل نشان داد که گروه درمانی فراتشخیصی بر علائم اضطراب و افسردگی دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی اثربخش است. این نتایج حاکی از این است که درمان فراتشخیصی منجر به کاهش علائم اضطراب شده است و این کاهش در دوره یک ماهه پیگیری همچنان ادامه داشته است. این نتایج با یافته‌های کانکلین و بوچر (۲۰۱۷)، نورتن و باررآ (۲۰۱۲)، ریکاردی (۲۰۱۲)، جانسون و همکاران (۲۰۱۲)، همخوانی داشت. همچین این نتایج حاکی از این است که درمان فراتشخیصی منجر به کاهش علائم افسردگی شده است و این کاهش در دوره یک ماهه پیگیری همچنان ادامه داشته است. این نتایج با یافته‌های بوسول و همکاران (۲۰۱۴)، کراسک (۲۰۱۲)، تیتاو و همکاران (۲۰۱۱) و همچنین (محمدی و همکاران، ۲۰۱۹؛ آبنیکی، ۱۳۹۵؛ بخشعلی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸؛ ملکی و همکاران، ۱۳۹۹) همخوانی داشت.

با توجه به منطق پدیدآیی این روش درمانی، بهبودی و تغییرات معنادار بالینی در شدت علائم اختلال هیجانی اعضای گروه می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی نظیر تنظیم هیجانی، افکار تکرار شونده و هیجان منفی باشد که در این درمان برآنها تأکید شده است (فیرهلم، بوسیو، الارد، ارنریچ، بارلو[1] ۲۰۱۰). هیجان اصلی اولین عکس العمل هیجانی به یک موقعیت و یا خاطره است. هیجان ثانویه واکنش به هیجان‌های اولیه است و همین هیجان‌های ثانویه علت بروز اختلال‌های هیجانی هستند. هیجان‌های ثانویه عمدتاً قضاوتی هستند، زیرا عموماً مبتنی بر اطلاعات مربوط به زمان گذشته و آینده هستند. بنابراین، علاوه بر آگاهی از هیجان‌ها، آگاهی نسبت به واکنش نسبت به آنها نیز مهم می‌باشد. سیستم پردازش اطلاعات برای داشتن سرعت عمل بالاتر روی مسائل مهم تمرکز می‌کند و یا از تجارب گذشته برای پردازش زمان حال استفاده می‌کند. از آنجا که حافظه افراد افسرده به طور خودکار به هنگام رویارویی با موقعیت‌های هیجانی خاطرات منفی و حتی خنثی را به یاد می‌آورد، آن‌ها را به صورت منفی و بدبینانه ارزیابی کرده و در اغلب مواقع، سریع‌ترین و حتی منفی‌ترین احتمال ممکن را در نظر گرفته و سایر احتمالات دیگر را در نظر نمی‌گیرند. این سبک انعطاف پذیری تفکرات افراد افسرده غالب می‌باشد. و این تفسیرهای غیرواقع بینانه منجر به بروز هیجانات و رفتارهای ناسازگارانه می‌شوند. بخشی از درمان، آموزش انعطاف‌پذیری بیشتر در نحوه تفکر و درنظر گرفتن سایر احتمالات ممکن دیگر به هنگام مواجهه با موقعیت‌های ناآشنا با استفاده از بارش فکری است (مک- لالین و نولن- هوکسما،[2] ۲۰۱۱).

همچنین، افرادی که مشکلات هیجانی دارند بیش‌تر بر نشانه‌های منفی و یا نامربوط و جزئیات تمرکز می‌کنند، و ممکن است اطلاعات مهم و اصلی را که به منظور رویارویی با حالات هیجانی موردنیاز است را از دست بدهند. بنابراین، بخشی درمان نیز به شناسایی خطاهای شناختی می‌پردازد. خطاهای شناختی انعطاف‌پذیری افراد را در مواجه با موقعیت‌ها کاهش داده که این امر منجر به پایداری چرخه هیجانات منفی می‌گردد. از میان انواع خطاهای شناختی درمان فراتشخیصی بیشتر به بیش برآورد کردن و فاجعه‌سازی که در اکثر اختلالات هیجانی دیده می‌شود می‌پردازد. افراد با مشکلات هیجانی اغلب احتمال رخدادهای منفی را بیش برآورد می‌کنند. در مواردی واقعی که خطری جدی وجود دارد این مسئله می‌تواند مفید باشد، اما در مواردی که اساساً واقعی و منطقی نیست، فرد را دچار اضطراب بیمارگون می‌سازد (شیفل و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از راهبردهای اجتناب شناختی نگرانی است که شامل فاجعه‌سازی نیز می‌شود (لرا و نیومن،[3] ۲۰۱۴). درمان فراتشخیصی، نگرانی و فاجعه‌سازی را به عنوان هدف درمانی در درمان اختلالات هیجانی قرار می‌دهند. در خطای شناختی فاجعه-سازی فرد دچار اختلال هیجانی بدترین حالت ممکن را درنظر می‌گیرد و به کم برآورد توانایی‌اش برای مقابله با پیامد احتمالی می‌پردازد (مایا، براگا، نونز، ناردی و سیلوا،[4] ۲۰۱۳). رفتارهای ایمنی نقش مهمی در تداوم آسیب‌شناسی اختلالات هیجانی بازی می‌کند. زیرا این رفتارها به افراد می‌آموزد که به جای یادگیری مدیریت موقعیت‌های ایجاد کننده هیجان، برای کنترل و امنیت به جهان بیرونی که موقتا موجب تسکین هیجانات‌شان می‌گردد وابسته باشند. بنابراین، هدف قرار دادن این رفتارهای ایمنی می‌تواند تا حد زیادی اثربخشی درمان را بهبود بخشد. از آنجا که اجتناب‌ها در کوتاه‌مدت استرس را کم می‌کند تقویت می‌گردند، اما در درازمدت بر عملکرد اثر منفی دارد. هدف از درمان فراتشخیصی رویارویی با اجتناب‌های شناختی، رفتاری و رفتارهای ایمنی و به کارگیری رفتارهای جایگزین مناسب می‌باشد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). افراد دچار مشکلات هیجانی با اجتناب از موقعیت‌ها سعی در فرار و حذف هیجانات منفی دارند و بسیاری از فرصت‌های زندگی خود را از دست می‌دهند. اجتناب مانع یادگیری می‌شود و گوش به زنگی فرد را افزایش می‌دهد. بنابراین، درمان بر کاهش

1. Fairholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich &Barlow
2. McLaughlin, Nolen-Hoeksema
3. Llera &Newman
4. Maia, Braga, Nunes, Nardi, Silva

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]

واکنش‌های هیجانی به این هیجان‌های منفی نه کاهش خود هیجان‌های منفی تأکید دارد. هدف کاهش یا افزایش خود این هیجان‌ها نیست بلکه کاهش اجتناب و واکنش منفی به هیجان‌های منفی می‌باشد. درمان فراتشخیصی تأکید ویژه ای بر کاهش اجتناب از هیجان‌ها و ترغیب به گرایش بیشتر به تجارب هیجانی مثبت دارد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). افراد دچار مشکلات هیجانی و از جمله افراد دچار شکست عاطفی عمدتاً بر زمان گذشته و یا زمان آینده متمرکز هستند تا بر زمان حال. بکارگیری از فنون ذهن‌آگاهی در درمان فراتشخیصی توجه و زندگی در زمان حال را به فرد می‌آموزد در اثر تمرین و تکرار تبدیل به عادت گردد. که به فرد کمک می‌کند تا بر تمرکز بر تنفس از افکار و هیجان‌های منفی رهایی یابد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین، با توجه به منطق پدیدآیی این روش درمانی، بهبودی و تغییرات معنادار بالینی همزمان در علائم همبود این افراد می‌تواند به واسطه هدف قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، افکار تکرارشونده و هیجان منفی باشد که در این پروتکل روی آن‌ها تأکید می‌شود. به عبارتی دیگر کاهش در شدت علائم اختصاصی اختلالات همبود احتمالاً به طور غیر مستقیم به واسطه تغییرات حاصل شده در این عوامل مشترک باشد. این امر با توجه به تجمیع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش بر روی این عوامل مشترک یا فراتشخیصی برای مورد هدف قرار دادن علائم کلیدی تمام اختلال‌های طیف هیجانی انجام می‌پذیرد (فیرهلم و همکاران، ۲۰۱۰).

نتایج تحلیل نشان داد که گروه درمانی فراتشخیصی بر نشانگان ضربه عشق دانشجویان مبتلا به اختلال سازگاری ناشی از شکست عاطفی اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های اصغری و همکاران (۱۳۹۸)، طالبی و همکاران (۱۳۹۶) و عظیمی و همکاران (۱۳۹۶)، فدائی و همکاران، (۱۳۹۷) همخوان می‌باشد. همانطور که راس (۲۰۰۷) اشاره کرد نشانگان ضربه عشق چهار ویژگی اصلی دارد و این چهار نشانه شامل برانگیختگی،[1] اجتناب،[2] یادآوری خودکار[3] و کرختی هیجانی[4] هستند. این برانگیختگی با علائم اضطراب مانند احساس نگرانی، بیقراری و انتظار بدترین پیامد و حتی در صورت بیش‌انگیختگی دشواری در خواب و بیداری همراه است. اجتناب به معنای کوششی در جهت فرار از مواجه با هر نشانه‌ی تداعی‌گر ضربه عشقی است. همچنین افراد احتمال دارد به طور کلی از موقعیت‌های اجتماعی نیز اجتناب کنند. یادآوری خودکار شامل افکار و خاطراتی است که می‌تواند منجر به هیجان‌های منفی شود. کرختی هیجانی، شامل کاهش توانایی فرد برای تجربه عشق در آینده پس از وقوع نشانگان ضربه عشق می‌گردد. بنابراین باید در درمان به دنبال برطرف کردن این علائم باشیم. لذا در تبیین اثربخشی بیشتر درمان فراتشخیصی بر کاهش علایم نشانگان ضربه عشق می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان فراتشخیصی بجای بازداری یا کنترل هیجان‌های منفی به درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی می‌پردازد و در جلسات درمانی به اعضای گروه آموخته می‌شود که همه هیجان‌ها چه مثبت و چه منفی مهم و ضروری هستند، هدف حذف نیست بلکه هدف شناسایی، تحمل و کنار آمدن با هیجان‌های منفی است و هیجان‌های منفی ترسناک نیستند و طبیعی و جنبه بقا دارند؛ برهمین اساس با یک دیدگاه فراتشخیصی و فراشناختی به هیجانات می‌پردازد و یک سطح بالاتر از درمان صرف نظم‌جویی هیجان است. از سوی دیگر، درمان فراتشخیصی تاکید عمده ای بر تجربه و پاسخ‌های هیجانی دارد؛ زیرا تلاش برای تنظیم هیجانی موجب افزایش و تداوم هیجاناتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد (بارلو، ۲۰۱۷). در این درمان افراد یاد می‌گیرند تا فهم بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزاننده و پیامدهای رفتاری) کسب کنند، با ارزیابی شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های جسمی چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند (بولیس،[5] ۲۰۱۵). همه این مهارت‌ها، با اصلاح عادات تنظیم هیجانی منجر به کاهش شدت دشواری در تنظیم هیجانی و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی می‌شود. چنین دیدی به افزایش پذیرش آزمودنی‌ها و در نتیجه کاهش نشانگان ضربه عشق در آن‌ها کمک می‌کند. با توجه به اینکه جلسات آغازین درمان به تمرینات پذیرش و تمرکز حواس اختصاص داشت می‌توان پایین آمدن نمره‌های نشانگان ضربه عشق آزمودنی‌ها را به این امر نسبت داد.

با توجه به نتایج این پژوهش که درمان فراتشخیصی اینترنتی، توانست به طور معناداری بر علایم ناشی از شکست عاطفی از جمله اضطراب، افسردگی و نشانگان ضربه عشق تاثیر بگذارد، از این پروتوکل درمانی می توان درکنار سایر پرتوکل های درمانی برای شکست عاطفی استفاده کرد.

1. Arousal
2. Avoidance
3. Automatic membering
4. Emotional anaesthesia
5. Bullis, Sauer-Zavala, Bentley, Thompson-Hollands, Carl, & Barlow

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]

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 عدم استفاده از نمونه‌گیری تصادفی و عدم توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و منطقه جغرافیایی دانشجویان، و عدم کنترل متغیر جنسیت و مقطع تحصیلی دانشجویان بود. لذا پیشنهاد می‌شود این درمان‌ها روی نمونه‌های دیگری بررسی شود و در پژوهش‌های بعدی پیگیری‌های طولانی مدت‌تری انجام شود و نمونه‌گیری به صورت تصادفی و با کنترل شرایط فرهنگی، اجتماعی، جغرافیایی، جنسیت و تحصیلات صورت گیرد.

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

## منابع

آبنیکی، ا.، حاجلو، ن.، برهمند، ا.، نریمانی، م. (۱۳۹۵). *اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و فراتشخیصی بر ویژگی‌های روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی دانشجویان دختر دارای اضطراب اجتماعی*. دانشگاه محقق اردبیلی.

اصغری کاکلر، ف.، بیگدلی، ا.، کیمیایی، س. ع. (۱۳۹۸). *اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود علائم سندروم ضربه عشق و ذهن آگاهی دردانشجویان دختر با ویژگی روان رنجورخویی*، اولین کنفرانس بین المللی پژوهش‌های نوین در روان‌شناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران.

بارلو، د.، اچ (۱۳۹۶). *پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی (راهنمای درمانگر)*. مترجمان ابوالفضل محمدی، علیرضا محسنی‌اژیه، علی محرابی. انتشارات ابن سینا.

بخشعلی‌پور گاوگانی، س.، علیلو، م. م.، زارعان، م. (۱۳۹۸). *اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب*. دانشگاه تبریز.

تردست، ک. (۱۳۹۳). *پیش‌بینی نشانگان ضربه عشق بر اساس خود شفقتی، سبک‌های دلبستگی و تمایز در دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عاطفی در اهواز*، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز.

دهقانی ، م. (۱۳۸۹). *اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت با متغیر واسطه‌ای اضطراب بر سندرم ضربه عشق*، انستیتو روانپزشکی تهران.

سرافراز، م. ر.، شهوند، ت.، زارعی، م. (۱۳۹۶). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری: فرم بیست سؤالی، *روانشناسی بالینی، ۹ (۳۴)*، ص ۵۴-۴۵.

طالبی، ن.، نایینی داورانی، م.، نوروزی کوهدشت، ر.، یعقوبی، ل. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی زنان نابارور. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی، ۱۹* (۳)، ۱۶۰-۱۶۶.

عظیمی، ع.، امیدی، ع.، شفیعی، ا.، نادمی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجانی بر ابعاد تنظیم هیجانی و سازگاری فردی و اجتماعی در دانشجویان دختر. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۰ (۱۰)، ۶۲-۷۳.

فدائی، م.، قنبری هاشم آبادی، ب. ع.، و کیمیایی، س. ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فرا تشخیصی یکپارچه بارلو بر تمایز یافتگی خود و دشواری‌های تنظیم هیجانی در مراجعان دارای نشانگان اضطراب. دانشگاه فردوسی مشهد.

ملکی دوز طبسی، م. ج.، آقامحمدیان شعرباف، ح. ر.، عبدخدایی، م. س. (۱۳۹۹). *اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی بر بیماران دارای اختلال افسردگی و اضطرابی* همبود. دانشگاه فردوسی مشهد.

یعقوبی، ح. (۱۳۹۸). یک سوم دانشجویان شکست عاطفی را تجربه می‌کنند (اخبار)، بازیابی شده در تاریخ ۱۳۹۸/۰۶/۰۸

Bachem, R., Perkonigg, A., Stein, D. J., & Maercker, A. (2016). Measuring the ICD-11 adjustment disorder concept: Validity and sensitivity to change of the Adjustment Disorder - New Module questionnaire in a clinical intervention study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1–9.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Firholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L. & Allen, L. B. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.

Barlow DH, F. T., Sauer-Zavala S, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR, Bentley KH, Boettcher HT, Cassiello-Robbins C. . (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*.: Oxford University Press.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology, 56*(6), 893.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G.K. (1996*). Beck depression inventory–II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Boswell, J. F., Anderson, L. M., & Barlow, D. H. (2014). An idiographic analysis of change processes in the unified transdiagnostic treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 82*(6), 1060.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]

[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]

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.

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.

Chu, B. C., Crocco, S. T., Esseling, P., Areizaga, M. J., Lindner, A. M., Skriner, L. C. (2016). Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. *J Behaviour research, 76*, 65-75.

Collins, T. J., & Gillath, O. (2012). Attachment, breakup strategies, and associated outcomes: The effects of security enhancement on the selection of breakup strategies. *J Res Pers, (46*), 210–22.

Conklin, L. R., & Boettcher, H. (2017). *Transdiagnostic treatment for anxiety disorders*. In S. G. Hofmann & G. J. G. Asmundson (Eds.), The science of cognitive behavioral therapy (p. 359–380). Elsevier Academic Press.

Craske, M. G. (2012). *Transdiagnostic treatment for anxiety and depression*. Depression and anxiety.

Del Palacio-González, A., Clark, D. A. and O'Sullivan, L.F. (2017). Distress severity following a romantic breakup is associated with positive relationship memories among emerging adults. *Emerging Adulthood, 5*(4): 259-267.

Dobson, K., & Mohammadkhani, P. J. R. (2013). The psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-2 in patients with major depressive disorder in partial remission period. *J Rehabilitation, 8*(29), 86-80.

Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). *Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective*.

Field, T., Diego, M., Pelaez, M., Deeds, O., & Delgado, J. (2011). Breakup distress in university students: A Review. *College Student Journal 45*(3), 461-480.

Hawley, A. R., Mahoney, A., Pargament, K. I., & Gordon, A. K. (2015). Sexuality and spirituality as predictors of distress over a romantic breakup: Mediated and moderated pathways. *Spirituality in Clinical Practice, 2*(2), 145-159.

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.*

Kapci, E. G., Uslu, R., Turkcapar, H., & Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population, Depression and Anxiety, 25, 104–110. controlled trial. *BMJ open, 2*(6).

Llera, S. J., & Newman, M. G (2014). Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behavior Therapy, 45*(3), 283-299.

Lorenz, L., Bachem, R., C., 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.

Maia, A. C. C., Braga, A. A., Nunes, C. A., Nardi, A. E., Silva, A. C. (2013). Transdiagnostic treatment using a unified protocol: application for patients with a range of comorbid mood and anxiety disorders. *J Trends in psychiatry psychotherapy, 35*(2), 134-140.

McLaughlin, K. A., Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *J Behaviour research therapy,49*(3), 186-193.

Mohammadi, A,. Soleimani, M., Mohammadi, M. R,. Abasi, I,. Foroughi, A. A. (2019).Unified Protocol for Transdiagnostic Prevention of Depression and Anxiety in Iranian Adolescents: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Iranian J Psychiatry, 14*(2),171-178.

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.

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), 874-882.

Norton, P. J. (2012). *Group Cognitive-Behavioral Therapy of Anxiety: A Transdiagnostic Treatment Manual*. Guilford Press.

Riccardi, C. J. (2012*). Randomized Pilot Study of a Brief Transdiagnostic Treatment for Anxiety Disorders*.

Rosner, R., Pfoh, G., Kotoučová, M., & Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Affective Disorders, 167*, 56-63.

Rosse, R. B. (1999). *The love trauma syndrome: Free yourself from the pain of a broken heart. Cambridge*, Massachusetts: Published by Perseus Publishing, a member of the Perseus Books Group.

Rosse, R. B. (2007*). The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken heart*: Da Capo Lifelong Books.

Salvatore, C. (2018). Emerging Adulthood: A Time of Instability, Exploration, and Change. *In: Sex, Crime, Drugs, and Just Plain Stupid Behaviors*. Palgrave Macmillan, Cham.

Schaeuffele, C ,. Schulz, A,. Knaevelsrud, C,. Renneberg B. & Boettcher, J. (2020). CBT at the Crossroads: The Rise of Transdiagnostic Treatments. *International Journal of Cognitive Therapy, 14*, 86–113.

Remuzzi, A., Remuzzi, G. (2020*). COVID-19 and Italy: what next?* Lancet (London, England).

Ryu, S., Chun, B .C. (2020). An interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. *Epidemiology and health. 42*, e2020006.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]

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.

Watkins, E. (2015) .An Alternative Transdiagnostic Mechanistic Approach to Affective Disorders Illustrated With Research From Clinical Psychology. *Emotion Review*, *7*(3), 250–255.

Zhu, H., Wei, L., Niu, P. (2020). *The novel coronavirus outbreak in Wuhan*, China. Global health research and policy. 5,6.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05 ]

[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.13.7 ]