Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2020, Volume 20, Issue 1

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Love Trauma Syndrome (Single Case)

Mina Soltani[1], **Maryam Fatehizade**[2]

1. M.A, Department of Counselling, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2.(Corresponding author)* Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Romantic relationships are a common global experience among human beings; however, many people experience the breakup of a romantic relationship and may suffer after the end of the romantic relationship. The present study aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on love trauma syndrome.

Methods and Materials: The method of this study was quasi-experimental and case studies. For this purpose, three female participants with the experience in romantic relationships were selected by purposive sampling in Isfahan and treated by an individual who focused on compassion during eight 90-minute sessions. Participants in the treatment phase (baseline, intervention, and follow-up) answered the Peasant Love Trauma Syndrome Questionnaire (2010). In the pre-treatment phase, the Ross Love Trauma Questionnaire (1999) and the MMPI-2RF Questionnaire were interviewed clinically. Data were analyzed by visual mapping, baseline change index, and recovery percentage formula.

Findings: The improvement rates in the love trauma symptoms variable in the post-intervention and follow-up stages were 95% and 50% in the first participant, 50% and 31% in the second participant, and 16% and 41% in the third participant, respectively. Thus, the overall recovery rates for all the three participants were 55% and 41%, respectively, indicating good and moderate treatment success in the short and long terms, respectively.

Conclusions: CFT with compassionate topical cultivation provides the opportunity for clients to go through the healing process with full awareness of their own painful experiences. Research results can be used by psychologists and counselors.

Keywords: Compassion-focused therapy**,** love Trauma Syndrome, Romantic Relationship, breakup...

Citation: Soltani M, Fatehizadeh M. **The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Love Trauma Syndrome (Single Case)**. Res Behav Sci Res Behav Sci 2022; 20(1): 9-22.

*** Maryam Fatehizade,**
Email: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان ضربه عشق (مطالعه موردی)

مینا سلطانی[۱]، مریم فاتحی زاده[۲]

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. (نویسنده مسئول) * استاد دانشگاه اصفهان، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: روابط عاشقانه یک تجربه جهانی مشترک در میان انسان‌ها است، بااین‌وجود بسیاری از افراد قطع رابطه عاشقانه را تجربه می‌کنند و ممکن است پس از پایان رابطه عاشقانه، دچار رنج گردند، هدف پژوهش حاضر، اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان ضربه عشق بود.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع مطالعات موردی بود، بدین منظور سه شرکت‌کنندهٔ دختر باتجربهٔ قطع رابطهٔ عاشقانه به شیوه نمونه‌گیری هدفمند در شهر اصفهان انتخاب و تحت درمان فردی متمرکز بر شفقت در طی هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. شرکت‌کننده‌ها در مراحل درمان (خط پایه، مداخله و پیگیری)، به پرسش‌نامهٔ نشانگان ضربه عشق دهقانی (۱۳۸۹) همچنین در مرحلهٔ پیش از درمان، به پرسش‌نامهٔ ضربهٔ عشق رأس (۱۹۹۹) و پرسش‌نامهٔ MMPI-2RF پاسخ دادند و مورد مصاحبهٔ بالینی قرار گرفتند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری و شاخص تغییر پایه و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد، میزان بهبودی نشانگان ضربه عشق در مرحلهٔ پس از مداخله و پیگیری به ترتیب در شرکت‌کنندهٔ اول، ۹۵٪ و ۵۰٪، شرکت‌کنندهٔ دوم ٪۵۰ و ۳۱٪ و شرکت‌کنندهٔ سوم، ۱۶٪ و ٪۴۱ بود. درصد بهبودی کلی برای هر سه شرکت‌کننده ۵۵٪ و ۴۱٪ بود. این مقدار موفقیت خوب درمان در کوتاه‌مدت و موفقیت متوسط در بلندمدت به‌حساب می‌آید.

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت با پرورش موضعی شفقت‌ورزانه این فرصت را فراهم می‌آورد که مراجعان با حضور کامل نسبت به تجربه‌های دردناک خویشتن، فرایند بهبودی را سپری کنند. نتایج پژوهش می‌تواند مورداستفاده روان‌شناسان و مشاوران قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، نشانگان ضربه عشق، سندرم ضربه عشق، قطع رابطهٔ عاشقانه.

ارجاع: سلطانی مینا، فاتحی زاده مریم. **اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان ضربه عشق (مطالعه موردی).** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۲۰(۱): ۲۲-۹.

* **مریم فاتحی زاده،**

رایانامه: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

مقدمه

روابط عاشقانه یک تجربه جهانی مشترک در میان انسان‌ها است (۱). اکثر افراد در طول زندگی بر اساس نیازهای متفاوت خود همچون حمایت جسمی، عاطفی و جنسی وارد مجموعه‌ای از روابط عاشقانه می‌شوند (۲). برای اکثر افراد، این روند به‌صورت یک چرخه است. اکثر روابط «برای یک‌عمر» نیستند؛ یعنی افراد (احتمالاً) قبل از ایجاد یک پیوند مادام‌العمر، روابط ناموفق را تجربه می‌کنند (۳). تحقیقات گسترده‌ای نشان داده است که بیش از ۸۵ درصد افراد حداقل یک‌بار در زندگی خود قطع رابطه عاشقانه را تجربه می‌کنند (۴).

طبق نظر فیشر (۵) «ما انسان‌های حساسی هستیم و وقتی از سوی شخصی که دوستش داریم طرد شویم به طرز وحشتناکی رنج می‌بریم» (ص ۱). فیشر پس از مطالعه افرادی که به‌تازگی از هم جداشده بودند، به این نتیجه رسید که: الف) طرد شدن در عشق یکی از دردناک‌ترین تجربه‌هایی است که یک انسان می‌تواند متحمل شود؛ ب) عاشقانی که از سوی طرف مقابلشان طردشده‌اند، اغلب تمایل زیادی دارند که به رابطه با پارتنر سابق خود برگردند؛ ج) توقع اضطراب جدایی می‌رود؛ و (د) «خشم ترک[1]» به‌ویژه در مردان محتمل است. اگرچه بخش عمده‌ای از افرادی که قطع رابطه عاشقانه را تجربه می‌کنند به‌خوبی از پس این تجربه برمی‌آیند (۶)، تعداد قابل‌توجهی از افراد نیز پس از پایان روابط عاشقانه خود، دچار رنج می‌شوند (۷, ۸).

به‌طورکلی درد هیجانی ناشی از تجربه فقدان عشق می‌تواند به نشانگان ضربه عشق بینجامد (۹). این نشانگان به‌عنوان یک ماهیت بالینی مجزا با منظومه‌ی واحدی از علائم بروز می‌کند (۱۰). نشانگان ضربه‌ی عشق می‌تواند با طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌پزشکی، مانند افسردگی، سوءمصرف مواد یا الکل و خودکشی همراه گردد (۱۱). در بسیاری از روابط، «هزینه تعهد» آرچر[2] نیز باید پس از جدایی داده شود که با مجموعه پیچیده‌ای از حالات احساسی مانند (افسردگی، ناراحتی، اضطراب، خشم)، پاسخ‌های جسمانی (بی‌خوابی، اختلالات خوردن، حملات پانیک) و رفتارهایی که از آنها به‌عنوان اندوه پس از رابطه یاد می‌شود شروع می‌گردد (۱۲). پس از تجربه‌ی یک ضربه‌ی عشقی افراد در ابتدا این ضربه را به‌عنوان یک شوک تجربه می‌کنند؛ درواقع در ضربه‌ی عشقی انتظارات مطلوب فرد از رابطه و امنیت رابطه همچنین خود و گاهی جهان فرو می‌باشد(۱۳).

فروپاشی رابطه ممکن است یک‌طرفه یا به‌صورت توافقی و دوطرفه باشد. زمانی که فروپاشی رابطه دوطرفه و توافقی است، تجربه فقدان بسیار ضعیف‌تر از زمانی است که ازهم‌پاشیدن رابطه از سوی یک نفر است (۱۴). نشانگان ضربه‌ی عشق به‌عنوان رویدادی همراه با استرس شدید و تاندازه‌ای آسیب‌زا تجربه می‌شود. افراد ممکن است درک نکنند که چرا رویداد ضربه‌ی عشق خاصی برای بعضی افراد می‌تواند آسیب‌زا تجربه شود. این رویداد، تجربه‌ای ذهنی و ویژه شخص[3] است. وقتی فرد برای نشانگان ضربه‌ی عشق ارزیابی می‌شود، ارزیابی معنای رویداد ضربه‌ی عشق و پیامدهای ذهنی (روان‌شناختی و هیجانی) و عینی (عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای) آن ضروری می‌باشد (۱۵).

رأس (۱۰) برای اولین بار نشانگان ضربه‌ی عشق را معرفی نمود. نشانگان ضربه‌ی عشق، مجموعه علائم و نشانه‌های شدیدی است که پس از فروپاشی یک رابطه رمانتیک بروز می‌کند، زمان زیادی به طول می‌انجامد و عملکرد فرد را در زمینه‌های متعدد (تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای) مختل می‌کند و واکنش‌های غیر انطباقی را به دنبال دارد. فروپاشی یک رابطه‌ی عاشقانه آنقدر قدرتمند است که افسردگی (اندوه)، خشم قابل‌توجهی را تولید می‌کند (۱۶) و عمیق‌ترین ناامنی‌های افراد را آشکار می‌سازد (۱۷). ضربه عشق دارای چهار نشانه کلیدی برانگیختگی، اجتناب، یادآوری خودکار و آناستازی هیجانی است (۱۰). ضربه‌ی عشق نوعاً میزان زیادی برانگیختگی هیجانی به همراه دارد. این برانگیختگی با علائم اضطراب مانند، احساس نگرانی، گوش‌به‌زنگی، بی‌قراری و انتظار بدترین رویدادها مرتبط است. مشکل در خواب‌وبیداری ممکن است به بیش برانگیختگی برگردد (۱۰, ۱۸). اجتناب به معنای کوششی در جهت فرار از رویارو شدن با هر نشانه‌ای است که ضربه عشقی را تداعی می‌کند. افراد ممکن است به‌طورکلی از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کنند و درنتیجه در روابط اجتماعی و حرفه‌ای کمتر موفق باشند. ممکن است گرایش به‌تنهایی و انزوا پیدا کنند و سبک

1. abandonment rage
2. Archer's "cost of commitment"
3. idiosyncratic

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

زندگی آنها محدود شود (۱۹). یادآوری خودکار که دربرگیرنده افکار و خاطرات است، در نشانگان ضربه عشق بسیار شایع است. شخص در خاطرات و افکار خودکار و آزاردهنده غرق می‌شود. این خاطرات به احساسات و آشفتگی‌های ناخوشایندی منتهی می‌گردد و گاهی در خواب به شکل کابوس خود را نشان می‌دهند (۲۰). آناستازی هیجانی به کاهش توانایی بعضی افراد در تجربه‌ی آتی احساس عشق پس از رویداد نشانگان ضربه‌ی عشق برمی‌گردد (۲۱).

اهمیت نشانگان ضربه عشق شخص با سه مسئله مهم تعیین می‌شود. میزان فراگیری و پایداری علائم و میزان تخریبی که این علائم ایجاد می‌کند. مشکل فراگیری مرتبط با افکار، احساس‌ها و خاطره‌های ضربه عشقی است که به‌طور فزاینده و آزاردهنده‌ای در جنبه‌های مختلف زندگی هشیار (در هنگام بیداری) و ناهشیار (هنگام خواب در رؤیاها) افراد دچار این نشانگان دیده می‌شود (۲۲). مشکل پایداری و مقاوم بودن این نشانگان به این واقعیت برمی‌گردد که علائم آشفته کننده می‌تواند در موارد حاد روزها یا هفته‌ها دوام یابد و در موارد مزمن‌تر می‌توانند ماها، سال‌ها و یا حتی چندین دهه به طول بینجامند. درواقع افکار مرتبط با ضربه‌ی عشق می‌توانند به‌طور مداوم فرد را آزار دهند و منبع دائمی نگرانی و ناراحتی شخص شوند. بعضی افراد احساس می‌کنند که هیچ‌گاه از این شرایط رهایی نمی‌یابند. چون این شرایط می‌تواند بسیار پایدار و مقاوم باشد، درنتیجه به احساس ناامیدی، درماندگی و استیصال در مورد چشم‌انداز بهبودی منجر می‌شود (۲۳). این علائم اغلب در طول زمان افت‌وخیز دارند و مراجعان وقتی پس از یک دوره بهبودی با برگشت شدید علائم رویارو می‌شوند از بهبودی کامل ناامید می‌شوند (۲۴). تخریب در عملکرد به یکی از ملاک‌هایی اشاره دارد که موقعیتی روان‌شناختی یا روان‌پزشکی را در کانون توجه بالینی قرار می‌دهد و اصطلاح اختلال را پیش می‌کشد. زمانی می‌توان اصطلاح نشانگان را مطرح کرد که تخریب معناداری در سطح عملکرد اجتماعی، تحصیلی و حرفه‌ای فرد ایجاد شود. نشانگان ضربه‌ی عشق می‌تواند سطوح مختلفی از تخریب عملکرد از خفیف تا شدید را ایجاد نماید(۲۵).

از سوی دیگر انواع متفاوت و متعددی از این نشانگان وجود دارد. یک‌شکل آن‌که نشانگان ضربه عشق حاد نامیده می‌شود سریعاً پس از ضرب عشقی رخ می‌دهد. احساس شایع افراد در این مرحله شوکه شدن با حضور بارز علائم اضطراب و احساس کرختی، خلسه، غیرواقعی بودن، غریب بودن، ناتوانی در باور آنچه رخداده است. این نوع نشانگان معمولاً به‌سرعت پس از ضرب عشق تجربه می‌شود و اغلب در طول یک دورهٔ زمانی چندماهه فروکش می‌کند و دیگر ادامه نمی‌یابد. این افراد به‌طور کامل از آشفتگی ناشی از ضرب عشق بهبود می‌یابد، اما شدت علائم در طول سیر از فردی به فردی دیگر متفاوت است(۲۶). نشانگان ضربه عشق مزمن به‌سرعت پس از رویداد ضربه‌ی عشق و در طول زمان ادامه می‌یابد بروز افسردگی، دیگر ناکامی‌ها یا ناامیدی‌های اخیر زندگی یا ظهور یادگارهای ضربه-ی عشق (مانند واکنش‌های سالگرد) نشانه‌هایی از نشانگان ضربه عشق مزمن است(۲۳). نشانگان تأخیری ضربه‌ی عشق یک واکنش مختصر هیجانی نسبت به رویداد ضربه‌ی عشق است، یک دوره‌ی بازداری یا فرونشانی نسبتاً کامل علائم و سپس تجربه شدید نشانگان ضربه‌ی عشق دیده می‌شود. هرچند در چنین شرایطی یک نشانگان حاد ممکن است وجود داشته باشد ولی چشمگیر نیست. ظهور علائم شدید و عمیق می‌تواند ماه‌ها و حتی سال‌ها به تأخیر بیانجامد. این شروع دیررس نشانگان ضربه‌ی عشق برای افرادی که دشواری‌های مرتبط با ضربه‌ی عشق را باور نداشته‌اند حیرت‌انگیز خواهد بود (۱۵).

نشانگان ضرب عشق نه‌تنها به اجتناب از جستجوی یک ابژه عشقی در آینده می‌انجامد، بلکه گاهی حتی به انزوای اجتماعی کلی افراد منتهی می‌گردد. این افراد با اجتناب از دوستان و اعضای خانواده از تجربه احساس شرم و تحقیر اجتناب می‌کنند (۲۵)؛ بنابراین لزوم به‌کارگیری مداخلات درمانی بر روی این مسئله ضروری به نظر می‌رسد.

درمان متمرکز بر شفقت فرصتِ درمانی مناسبی است برای افرادی که ظرفیت آنها برای تعامل معنادار با خود و دیگران در اثر ضربه آسیب‌دیده است (۲۷). درمان متمرکز بر شفقت یک رویکرد انگیزشی، یکپارچه و چند حالتِ برای کار باشرم و خود انتقادی است (۲۸) که به‌طور خاص برای افرادی که دارای مشکلات پیچیده بهداشت روانی هستند به وجود آمده است (۲۹, ۳۰). بر اساس مبانی درمان متمرکز بر شفقت، شفقت ورزی عبارت است از «حساسیت به رنج خود و دیگران با میل به تلاش برای کاهش و جلوگیری از این رنج‌ها» (۳۱). درمان متمرکز بر شفقت با فعال کردن فرآیندهای شفقت ورزی، به افراد متقاضی کمک می‌کند تا بتوانند فرآیندهای مراقبت درونی خود و سیستم‌های فیزیولوژیکی که حس تهدید و خود انتقادی را کاهش داده و احساس آرامش، اطمینان و تنظیم احساسات را افزایش می‌دهد، فعال کنند (۳۲).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

به دنبال تعریف شفقت به‌عنوان حساسیت به رنج خود و دیگران با تعهد برای کاهش و جلوگیری از آن، فرایند درمان هر یک از این مؤلفه‌ها را پرورش می‌دهد: اول، افراد متقاضی تلاش می‌کنند تا انگیزه‌ای برای نزدیک شدن به رنج خود بیابند و در خود توانایی نزدیک شدن و تحمل آن را ایجاد کنند. دوم، به آن‌ها کمک می‌کند با ایجاد تعهد متقابل بتوانند با موفقیت کاری انجام دهند تا از رنج‌ها بکاهند یا جلوگیری کنند(۳۳). درمانگران از طریق ایجاد بینش و تحمل احساسات و همین‌طور کار کردن بر روی ترس‌ها، موانع و مقاومت افراد در برابر شفقت، فعال‌سازی سیستم انگیزشی مراقبت‌کننده را در آنها تسهیل می‌سازند (۲۷). درمان متمرکز بر شفقت از آموزش روان‌شناختی، مدل‌سازی هیجانی، شیوه‌های مراقبه و تصویرسازی و مداخلات تجربی برای کمک به افراد برای کسب بینش و ایجاد ظرفیت شفقت‌ورزانه استفاده می‌کند (۳۴). بسیاری از این فرایندها در درمان‌های دیگر نیز مورداستفاده قرار می‌گیرند، اما درمان متمرکز بر شفقت تأکید می‌کند که برای به دست آوردن تأثیر فیزیولوژیکی و روانی مطلوب، باید آنها را با یک احساس شفقت ورزانه و اجتماعی تجربه کرد (۳۵).

درمان متمرکز بر شفقت از درمان‌های جوان محسوب می شود؛ اما توانسته است پیشینهٔ پژوهشی نسبتاً قدرتمندی برای خود فراهم آورد و اثربخشی خود را بر طیف گسترده‌ای از مشکلات، مانند استرس پس از سانحه (۳۶)، تجربهٔ آزار جنسی (۳۷)، مشکلات مربوط به شرم و خود انتقادی (۳۸)، رشد پس از سانحه (۳۹)، نشخوار فکری (۴۰)، تنظیم هیجان (۴۱) و قطع رابطهٔ عاشقانه (۴۲) ثابت کند. بیشترِ پژوهش‌های پیشین از رویکردهای شناختی یا هیجان‌محور مطلق استفاده کرده‌اند (۴۳, ۴۴). درمان متمرکز بر شفقت نگاهی متفاوت به مسئلهٔ سوگ عاشقانه دارد؛ به همین دلیل، افزون بر تأکید بر سیستم‌های هیجانی مغز افراد به فاکتورهای شناختی هم توجه می‌کند (۲۷). درمان متمرکز بر شفقت به دلیل دیدگاه تکاملی، به‌صورت یکپارچه به همهٔ ابعاد درمانی می‌پردازد (۳۵). همچنین، به دلیل اینکه افراد پس از قطع رابطهٔ عاشقانه احساسات خودسرزنشی را در سطح گسترده‌ای تجربه می‌کنند، وجود رویکردی درمانی که ویژگی اصلی آن ایجاد بافتی مهربان و امن برای تجربهٔ هیجانات دشوار است، می‌تواند بسیار اثرگذار باشد؛ بنابراین، مسئلهٔ اصلی این پژوهش عبارت است از اینکه آیا درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود نشانگان ضربه عشق دختران در شهر اصفهان مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش در چهارچوب طرح تجربی تک موردی از نوع A-B انجام شد. جامعهٔ آماری پژوهش را همهٔ دختران جوان شهر اصفهان که به‌تازگی با فروپاشی رابطهٔ رمانتیک مواجه شده بودند، تشکیل دادند و نمونه‌گیری به شیوهٔ هدفمند انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱. دامنهٔ سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، (به دلیل اوج روابط عاطفی و تمایل به آشنایی و تجربهٔ رابطهٔ عاشقانه در این سن)؛ ۲. داشتن رابطهٔ رمانتیک با جنس مخالف دست‌کم شش ماه تا یک سال؛ ۳. توافقی نبودن فروپاشی رابطه؛ ۴. نداشتن رابطه با فردی دیگر از جنس مخالف؛ ۵. گذشت دست‌کم سه ماه از اتمام رابطه؛ ۶. نمرهٔ ۲۰ تا ۳۰ در پرسش‌نامهٔ ضربهٔ عشق؛ ۷. رضایت کامل و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش بود و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: ۱. گذراندن دورهٔ روان‌درمانی یا دارودرمانی همراه با این درمان؛ ۲. داشتن طرح جدی اقدام به خودکشی؛ ۳. داشتن رابطه با فرد دیگری در طول درمان؛ ۴. غیبت بیش از دو جلسه؛ ۵. انجام‌ندادن تکالیف؛ ۶. سوءمصرف مواد و ابتلا به اختلال جدی در محور یک و دو، مانند سایکوز یا اختلال دوقطبی یا اختلال شخصیت بود. پژوهش حاضر با پخش فراخوان شرکت در طرح پژوهشی در شبکه‌های اجتماعی برای مراجعهٔ دختران جوان دارای تجربهٔ قطع رابطهٔ عاشقانه به مرکز مشاورهٔ دانشگاه اصفهان آغاز شد. پس از مراجعهٔ افراد داوطلب، غربالگری بر اساس ملاک‌های شمول، مصاحبهٔ بالینی برای تشخیص اختلال شخصیت و ارزیابی با آزمون MMPI-RF2 صورت گرفت و پرسش‌نامهٔ ضربهٔ عشق به‌منظور تعیین میزان آشفتگی پس از قطع رابطهٔ عاشقانه تکمیل شد. درنهایت، از بین ۶۵ داوطلب سه نفر واجد شرایط انتخاب شدند؛ سپس شرکت‌کننده‌ها طبق اصول خط پایهٔ ساده، پرسش‌نامهٔ نشانگان ضربه عشق را در چهار نقطه به فاصلهٔ یک هفته پیش از شروع مداخله تکمیل کردند. پس‌ازآن، شرکت‌کننده‌ها به مدت هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای یک‌بار در هفته تحت درمان متمرکز بر شفقت، بر اساس *کتاب کار پرورش ذهن شفقت ورز* (۴۷) قرار گرفتند. همچنین، در هنگام اجرای درمان در جلسه‌های دوم، چهارم، ششم و هشتم، شرکت‌کنندگان پرسش‌نامهٔ نشانگان ضربه عشق را تکمیل کردند. سپس در یک ماه پیگیری در چهار خط پایه به فاصلهٔ یک هفته شرکت‌کننده‌ها پرسش‌نامهٔ مذکور را تکمیل کردند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، حضور داوطلبانه در جلسه‌های مشاوره و کسب رضایت آگاهانهٔ کامل برای شرکت در جلسه‌ها در نظر گرفته شد. همچنین، دربارهٔ روش اجرا، هدف انجام پژوهش، زیان‌های احتمالی، دستاوردها، ماهیت و مدت پژوهش به شرکت‌کننده‌ها پاسخ قانع‌کنندهٔ علمی و عملی داده شد. افزون بر این، همهٔ مراحل اجرای پژوهش زیر نظر استاد راهنما پیش رفت. رایگان بودن جلسه‌ها، آسیب نرسیدن به شرکت‌کننده‌ها و در صورت آسیب، جبران آسیب‌ها نیز در اولویت قرار گرفت. افزون بر این پژوهش با کد اخلاق به شماره IR.UI.REC.1400.053 در دانشگاه اصفهان به ثبت رسیده است. در این پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل دیداری استفاده شد در این فرمول، نمرهٔ پیش آزمون از نمرهٔ پس‌آزمون کسر شده و حاصل آن بر نمرهٔ پیش آزمون تقسیم می‌شود. بر اساس فرمول بلانچارد، بهبودی ۵۰درصدی کاهش یا بهبود در علائم به‌عنوان موفقیت در درمان، نمرات ۲۵درصد تا ۴۹درصد بهبودی متوسط و نهایتاً کاهش یا افزایش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵درصد به‌عنوان بهبودی ضعیف در درمان تلقی می‌شود (۴۸). فرمول بلانچارد به‌این‌ترتیب است (۴۸):A0 = مشکل آماجی در ابتدای درمان، A1= مشکل آماجی در انتهای درمان،A% = میزان بهبودی. A%=A0-A1/A0

پرسشنامهٔ ضربهٔ عشق (LTI): (پرسش‌نامهٔ غربالگری): پرسش‌نامهٔ ضربهٔ عشق توسط رأس (۱۰) برای سنجش شدت ضربهٔ عشق تهیه‌شده است و دربردارندهٔ ده مادهٔ چهارگزینه‌ای است. این پرسش‌نامه، با نقطهٔ برش ۲۰، نوعی ارزیابی کلی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری به دست می‌دهد. روند نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به‌شیوهٔ لیکرت است که برای هر پرسش گزینه‌ها به ترتیب از ۳ تا ۰ نمره می‌گیرند و فقط پرسش‌های ۱ و ۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری شده‌اند. بعد از امتیازدهی، جمع نمره‌ها به‌عنوان وضعیتی از نشانگان ضربه در نظر گرفته می‌شوند. نمرهٔ ۲۰ تا ۳۰ به معنی جدی بودن نشانگان ضربهٔ عشق است و احتمالاً بر کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی یا تحصیلی یا شغلی فرد تأثیر عمده‌ای گذاشته و دچار ناراحتی روانی شده است. نمرهٔ ۱۰ تا ۱۹ به این معنی است که نشانگان ضربهٔ عشق وجود دارد؛ اما قابل‌تحمل است. نمرهٔ ۰ تا ۶ به معنی کنترل‌پذیر بودن نشانگان ضربهٔ عشق بوده و به‌طورجدی آسیبی به کیفیت زندگی او وارد نکرده است. ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ در یک نمونه از دانشجویان ۰/۸۱ و ضریب پایایی آن در همین گروه با روش باز آزمایی به فاصلهٔ یک هفته ۰/۸۳ گزارش‌شده است (۲۵).

آزمون شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI-2RF): (پرسش‌نامهٔ غربالگری): پرسش‌نامهٔ شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا MMPI-2RF دربردارنده ۵۰ مقیاس است که شامل ۸ مقیاس روایی، ۳ مقیاس نارسایی، ۹ مقیاس بالینی، ۲۵ مقیاس محتوایی مشکلات ویژه و مقیاس آسیب‌شناسی شخصیتی است که بر اساس ۳۳۸ پرسش دوگزینه‌ای با کلید گذاری صفر و یک نمرات خام به نمرات تراز تبدیل می‌شود و به این وسیله می‌توان فقدان برافراشتگی و برافراشتگی خفیف و برافراشتگی شدید را مشاهده کرد (۴۵). در ایران این آزمون را کامکاری و شکرزاده (۴۶) ترجمه و انطباق‌یابی و با حجم نمونهٔ ۱۲۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد تربیت‌بدنی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز اعتباریابی کرده‌اند. ضرایب اعتبار با روش آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های بالینی (۵ خرده مقیاس) بالاتر از ۰/۸۰ بوده است. با مصاحبهٔ بالینی ۳۰ نفر که دومرتبه آزمون شده‌اند، دلایل مستند و معتبری برای روایی ملاکی به‌دست‌آمده است. این اقدام از طریق محاسبهٔ همبستگی بین رتبه‌های دانشجویان در مصاحبهٔ بالینی با تأکید بر خرده مقیاس‌های بالینی RC۱ تا RC۹ و نتایج به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه به‌دست‌آمده که دامنهٔ ضرایب این همبستگی بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۵ بوده (۴۶) که نشان‌دهندهٔ اعتبار و روایی مقبولی است.

پرسشنامه نشانگان ضربه عشق (LTSI):

پرسشنامه نشانگان ضربه عشق یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی محقق ساخته (۲۵) با طیف لیکرتی که به‌منظور ارزیابی علائم سوگ ناشی از فروپاشی روابط رمانتیک تدوین‌شده است. این پرسشنامه ۴۵ ماده دارد و شامل یک مقیاس کلی و سه خرده مقیاس دربرگیرنده علائم شناختی، هیجانی و رفتاری سوگ عاطفی است. آیتم‌های این پرسشنامه بر اساس واکنش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری ۳۰ نفر دانشجو پس از تجربه سوگ رمانتیک تنظیم‌شده است. ابتدا واکنش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری طبقه‌بندی شد. اولویت هر آیتم بر اساس فراوانی و شدت آن در نظر گرفته شد و سپس آیتم‌های مشابه و تکراری حذف شد. ارزیابی روایی محتوای ابزار را سه نفر از همکاران متخصص در این زمینه انجام دادند و درنهایت شاخص آماری آلفای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

کرونباخ به‌منظور ارزیابی پایایی پرسشنامه در حد مناسبی بر روی یک نمونه دانشجویی ۴۹ نفری ۷۹/. به دست آمد، ضریب پایایی از طریق باز آزمایی بلافاصله یک هفته بر روی همین گروه ۸۱/. به دست آمد(۲۵).

جلسات مداخلهٔ درمانی شفقت (۴۷)

جلسه اول: هدف آشنایی و ایجاد ارتباط درمانی بود. مداخلات این جلسه شامل، آشنایی و اتحاد درمانی، شناسایی جزئیات فرایند رابطه و قطع ارتباط، مصاحبهٔ انگیزشی مخصوص شفقت، توضیحات مختصر دربارهٔ مبانی تکاملی نظریهٔ شفقت و سناریوی زندگی بود.

جلسه دوم: هدف این جلسه درک و شناخت هیجانات بود. مداخلات انجام‌شده شامل؛ تهیهٔ فرمولاسیون مراجع، بررسی تأثیرات تاریخچه، بررسی ترس‌ها و تهدیدهای رایج، شناسایی استراتژی‌های معمول حفاظتی و امنیتی و واردکردن شفقت به فرمولاسیون شخصی مراجع بود.

جلسه سوم: هدف این جلسه کار روی فرمولاسیون مراجع بود و مداخلات انجام‌شده شامل؛ شناسایی سیستم‌های هیجانی، تمرکز بر سیستم تهدید، کار روی ارتقای سیستم امنیت، تمرکز بر سلامت سیستم انگیزه، آموزش تمرینات به هوشیاری و تکلیف خانگی بود.

جلسه چهارم: هدف این جلسه ایجاد فونداسیون پایه برای پرورش ذهن شفقت ورز بود و مداخلات انجام‌شده شامل؛ بررسی تکالیف جلسهٔ پیش، تأکید بر ترس از شفقت: تمرینات به هوشیاری، تمرینات تصویرسازی شفقت‌ورزانه، تصویرسازی دیگری شفقت ورز و تمرین شفقت در آینه بود.

جلسه پنجم: هدف این جلسه شناسایی جریان‌های اصلی شفقت بود و مداخلات انجام‌شده شامل؛ تأکید بر جریان‌های اصلی شفقت، شناسایی سبک مقابله‌ای خود سرزنشگری و خود انتقادی: تصویرسازی دیگری سرزنش کننده، استعارهٔ دو معلم، پرورش خودشفقت‌ورز، تمرینات بهوشیاری و تکلیف خانگی بود.

جلسه ششم: هدف این جلسه بهبود مهارت‌های شفقت‌آمیز بود و مداخلات انجام‌شده شامل؛ بررسی تکالیف جلسهٔ پیش، شناسایی خودهای چندگانه و شناسایی هیجانات: تمرینات بهوشیاری، افزایش آگاهی از هیجانات سیستم تهدید، راهبردهای تنظیم هیجان، استعارهٔ ناخدای کشتی و تکلیف خانگی بود.

جلسه هفتم: هدف این جلسه شفقت متمرکز بر هیجان‌های دشوار و حساس بود و مداخلات انجام‌شده شامل؛ بررسی تکالیف جلسهٔ پیش، ارزیابی و شناسایی مهارت‌های شفقت‌ورزانه، نوشتن نامهٔ شفقت ورز و تکلیف خانگی بود.

جلسه هشتم: هدف این جلسه تثبیت ذهن شفقت ورز بود و مداخلات انجام‌شده مرور و جمع‌بندی و خاتمهٔ جلسه، بررسی تکلیف جلسهٔ پیش (نامه) و دریافت بازخورد از مراجع بود.

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کننده‌ها نشان داده‌شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی سه شرکت‌کننده (اول، دوم و سوم)

	سن	تحصیلات	مدت رابطه	مدت قطع	نمره ضربه عشق
شرکت‌کننده اول	۲۰	دانشجوی کارشناسی	۶ ماه	۷ ماه	۲۰
شرکت‌کننده دوم	۲۱	دانشجوی کارشناسی	۱۰ ماه	یک سال	۲۳
شرکت‌کننده سوم	۲۴	دانشجوی کارشناسی ارشد	۶ ماه	۸ ماه	۲۱

در جدول ۲ اطلاعات مربوط به روند درمان هر سه شرکت‌کننده، نمرات و انحراف استاندارد خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داده‌شده است، همچنین شاخصRCI ، درصد بهبودی مرحله مداخله و پیگیری و شاخص PND و POD در متغیر نشانگان ضربه عشق گزارش‌شده است.

همان‌طور که در نمودار ۱ می‌توان مشاهده کرد، درمان مبتنی بر شفقت بر نشانگان ضربه عشق در شرکت‌کنندهٔ اول اثربخش بوده است (PND=100%, POD=0%). شاخص پایایی تغییر (RCI) برای شرکت‌کنندهٔ اول در مرحلهٔ مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۶/۵۰ و ۳/۸۵ است (Z<۱/۹۶) که باتوجه‌به سطح معناداری (p <۰/۰۵) مداخله اثربخش بوده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

همچنین، شاخص درصد بهبودی در شرکت‌کنندهٔ اول در مرحلهٔ مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۹۵٪ و ۵۰٪ بوده است. این شاخص نشان می‌دهد شرکت‌کنندهٔ اول در مرحلهٔ مداخله و پیگیری بهبودی خوب در روند درمان داشته است. درمان مبتنی بر شفقت بر نشانگان ضربه عشق در شرکت‌کنندهٔ دوم اثربخش بوده است (PND=100%, POD=0%). شاخص پایایی تغییر (RCI) برای شرکت‌کنندهٔ دوم در مرحلهٔ مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۴/۵۰ و ۱/۹۸ است (Z<۱/۹۶) که باتوجه‌به سطح معناداری (p <۰/۰۵) مداخله اثربخش بوده است. همچنین، شاخص درصد بهبودی در شرکت‌کنندهٔ دوم در مرحلهٔ مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۵۰٪ و ۳۱٪ بوده است. این شاخص، بهبودی خوب در مرحله درمان و بهبودی متوسط در مرحله پیگیری را نشان می‌دهد. درنهایت، درمان مبتنی بر شفقت بر نشانگان ضربه عشق در شرکت‌کنندهٔ سوم نیز اثربخش بوده است (PND=100%, POD=0%). شاخص پایایی تغییر (RCI) برای شرکت‌کنندهٔ سوم در مرحلهٔ مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۱/۷۵ و ۱/۸۵ بوده است (Z<۱/۹۶) که باتوجه‌به سطح معناداری (p <۰/۰۵) مداخله در کوتاه‌مدت اثربخشی کم، ولی در بلندمدت اثربخشی قابل‌قبولی داشته است.

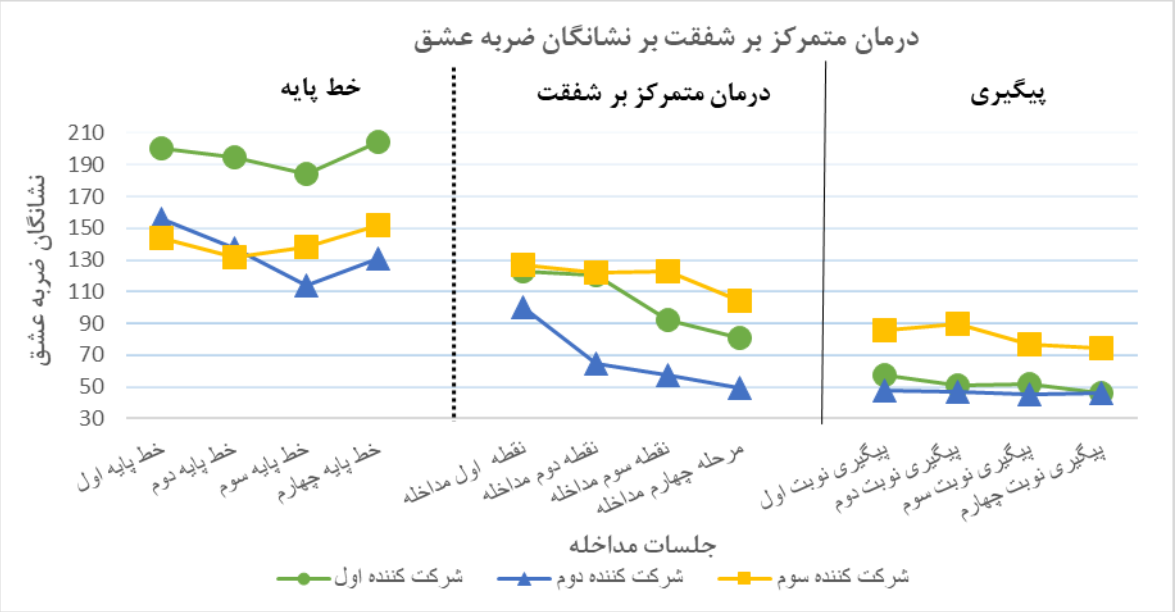
جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد و روند تغییر مراحل درمان سه شرکت‌کننده در متغیر نشانگان ضربه عشق

شرکت‌کنندگان		شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم
ارزیابی در نقطه A	خط پایه اول	۲۰۰	۱۵۶	۱۴۴
	خط پایه دوم	۱۹۵	۱۳۷	۱۳۲
	خط پایه سوم	۱۸۴	۱۱۴	۱۳۸
	خط پایه چهارم	۲۰۴	۱۳۱	۱۵۲
	میانگین خط پایه	۱۹۵/۷۵	۱۳۴/۵	۱۴۱/۵
	انحراف استاندارد نقاط خط پایه	۶۵/۸	۳۳/۱۷	۵۴/۸
ارزیابی در نقطه B	نقطه اول مداخله	۱۲۳	۱۰۰	۱۲۷
	نقطه دوم مداخله	۱۲۰	۶۵	۱۲۲
	نقطه سوم مداخله	۹۲	۵۷	۱۲۳
	نقطه چهارم مداخله	۸۱	۴۹	۱۰۴
	میانگین نقاط مداخله	۱۰۴	۷۵/۶۷	۱۱۹
	انحراف استاندارد نقاط مداخله	۲۰/۷۳	۴۷/۲۲	۲۳/۱۰
شاخص‌ها	شاخص تغییر پایا (RCI)	۶/۵۰	۴/۵۰	۱/۸۵
	درصدی بهبودی پس از مداخله	۹۵٪	۵۰٪	۱۶٪
	درصد بهبودی کلی پس از مداخله		۵۵٪	
مرحله پیگیری	پیگیری نوبت اول	۵۷	۴۸	۸۶
	پیگیری نوبت دوم	۵۱	۴۷	۹۰
	پیگیری نوبت سوم	۵۲	۴۵	۷۷
	پیگیری نوبت چهارم	۴۶	۴۶	۷۴
	میانگین مرحله پیگیری	۵۱/۵	۴۶/۵	۷۵/۸۱
	انحراف استاندارد نقاط پیگیری	۴/۵۰	۱/۲۹	۷/۵
شاخص‌ها	شاخص تغییر پایا (RCI)	۳/۸۵	۱/۹۸	۱/۷۵
	درصدی بهبودی پس از پیگیری	۵۰٪	۳۱٪	۴۱٪
	درصد بهبودی کلی پس از پیگیری		۴۱٪	
	PND	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
	POD	۰٪	۰٪	۰٪

افزون بر این، شاخص درصد بهبودی در شرکت‌کنندهٔ سوم در مرحلهٔ مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۱۶٪ و ۴۱٪ است که نشان می‌دهد شرکت‌کنندهٔ سوم در مرحلهٔ مداخلهٔ بهبودی ضعیف و در مرحلهٔ پیگیری، بهبودی متوسط در روند درمان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

داشته است. درصد بهبودی کلی برای هر سه شرکت‌کننده در مرحلهٔ مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۵۵٪ و ۴۱٪ است و این مقدار بر اساس نظر بلانچارد همکاران (۴۸) موفقیت خوب درمان در کوتاه‌مدت و موفقیت متوسط در بلندمدت در درمان را نشان می‌دهد؛ بنابراین، می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت موجب بهبودی خوب در کوتاه‌مدت و بهبودی متوسط در بلندمدت در نشانگان ضربه عشق دختران پس از قطع رابطهٔ عاشقانه در شهر اصفهان می‌شود. یافته‌های جدول ۲ در نمودار شماره ۱ نشان داده‌شده است.



نمودار ۱ روند تغییر مراحل درمان سه شرکت‌کننده در متغیر نشانگان ضربه عشق

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس پژوهش حاضر، درمان متمرکز بر شفقت، بهبودی خوب در کوتاه‌مدت و بهبودی متوسط در بلندمدت در نشانگان ضربه عشق دختران در شهر اصفهان را در پی دارد؛ یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های(۴۹-۵۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت موجب می‌شود افرادی که تجربه قطع رابطه عاشقانه داشته‌اند عشق شفقت ورزانه ای به خود و به شریک عاطفی سابق خود داشته باشند و استراتژی شفقت ورزانه ای برای دوران پس از قطع رابطه به کار بگیرند و بر احساسات، شناخت‌ها و رفتارهایی که بر مراقبت، همدلی، لطافت و جهت‌گیری جهت حمایت، تمرکز دارند استفاده کنند(۵۴). درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش پذیرش افراد نسبت به رنج‌های خویش می‌شود و یک تسکین‌دهنده محبت-آمیز و یک عامل انعطاف‌پذیری است که به افراد کمک می‌کند تا با رویدادهای ناگوار مانند انحلال یک رابطه عاشقانه کنار بیایند(۵۶). اگرچه گذر زمان محدود به قوانین فیزیکی است، اما افرادی که توانایی شفقت به خود کسب می‌کنند دوران دشوار یک واقعه دردناک را سریع‌تر پشت سر می‌گذراند و این خاصیت ویژگی‌های شفقت ورزی است که موجب افزایش انگیزه و بهزیستی افراد می‌گردد (۵۷).

باتوجه‌به ابعاد مثبت شفقت ورزی، افراد پس‌ازاین‌که مراحل درمان متمرکز بر شفقت را پشت سر گذاشتند در مواجهه با وقایع و تجربیات منفی زندگی‌شان مانند فروپاشی رابطه عاشقانه، نسبت به خودشان گرم و مهربان هستند و به‌جای اینکه خویشتن را مورد قضاوت قرار دهند با نوعی درک و حمایت بر روی تجربیات خود تمرکز می‌کنند(۵۴)، ازآنجایی‌که مؤلفه ذهن آگاهی نقش ویژه‌ای در درمان متمرکز بر شفقت ایفا می‌کند بنابراین تمرینات توجه آگاهی به افراد کمک می‌کند تا از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای فکری در خصوص تجربه منفی خود نجات پیدا کنند(۵۸). ازآنجایی‌که بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند ناشی از نشخوارهای فکری می‌باشد که به دنبال تجارب منفی در ذهن

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

آنها ایجاد می‌شود، می‌توان گفت مؤلفه ذهن آگاهی منجر به کاهش هیجان‌های منفی و نشانگان شناختی ضربه عشق می‌شود (۵۹). درمان متمرکز به شفقت کمک کرد افراد هنگام مواجهه با مشکلات خود دیدگاه متعادل‌تری داشته باشند و بهتر بتوانند با استرس و خلق‌وخوی منفی روبرو شوند. درمان مبتنی شفقت به مراجعان کمک می‌کند تا مراجع برای اولین بار در مقابل یکدیگری شفقت ورز(درمانگر) قرار بگیرد و بودن در یک بافت شفقت‌آمیز را تجربه کند درنتیجه یاد می‌گیرد همین ویژگی‌ها را در خود درونی سازد و در ادامه به‌جای کمک گرفتن از یک منبع بیرونی از یک منبع حمایتی درونی برخوردار باشد(۴۷).

پژوهش‌هایی به اثربخشی رویکردهایی نظیر شناختی رفتاری، واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر بهبود نشانگان ضربه عشق پرداختند و بهبودی‌های نسبی نیز گزارش کردند(۴۳, ۶۰-۶۲) اما در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان ضربه عشق در مقایسه با درمان‌های شناختی محور می‌توانند گفت، مورد سؤال قرار دادن، شناسایی تحریف‌های شناختی و بررسی تجربی مراجعانی که تجربه قطع رابطه عاشقانه داشته‌اند به‌تنهایی این فرصت را در اختیار آنها قرار نمی‌دهد که مشکل خود را عمیقاً موردبازنگری قرار دهند. همچنین این افراد اغلب به‌صورت منطقی می‌دانند که انجام چه‌کاری برایشان مفید است، بااین‌حال اجتناب از ایجاد تغییرات را ادامه می‌دهند و در مقابل تغییرات مقاومت می‌کنند(۳۳). یکی از دلایل معمول که چرا افراد دارای ضربه عشق برای تغییر رفتارشان با چالش مواجه هستند، حتی هنگامی‌که می‌خواهند، این است که تغییر سخت بوده و نیازمند تلاش زیادی است و ترس آنها اغلب سبب بروز موانع جدی و عمده خواهد شد. درمان متمرکز بر شفقت با بررسی فرمولاسیون شخصی مراجع و استراتژی‌های محافظتی و ترس‌ها و تهدیدهایی که در طول زندگی با آنها روبه‌رو بوده است، سپس با واردکردن شفقت به این فرمولاسیون به مراجعان کمک می‌کند با ترس‌ها و تهدیدهایشان روبه‌رو شوند. معمولاً در فرمولاسیون شخصی مراجعان پس از قطع رابطه عاشقانه ترس و تهدیدهایی مانند ترس از تنهایی، ترس از قضاوت شدن، ترس از خوب نبودن، ترس از دیده نشدن وجود دارد این فرایند شفقت ورزی در طول زمان، سبب کاهش مقادیر اضطراب و ترس می‌شود(۴۷). آموزش ذهن شفقت‌ورز، رشد ذهن شفقت‌ورز را به‌عنوان روشی برای کمک به درک و شناخت اجتناب به‌حساب می‌آورد به‌علاوه در اختیار داشتن قدرت، خرد و تعهد به‌مواجهه با موارد دیگری که مراجعان از آنها می‌ترسند و نه اجتناب از آن‌ها از اهمیت بسیار زیادی برخوردار می‌باشد.

بدین ترتیب نکته بارز درمان متمرکز بر شفقت نسبت به سایر درمان‌های شناختی محور این است که مثلاً در جلسات ابتدایی درمان، با تشریح و مثال مغز قدیم و جدید مراجع درمیابد که چگونه در یک چرخه نامطلوب احساس – تفکر قرارگرفته است همچنین یاد می‌گیرد که تفکرات وی به‌طور طبیعی بر سیستم تهدید جهت‌گیری دارند و باید به انواع گوناگون تفکرات بر پایه تهدید توجه کند و محتوای آن‌ها را بررسی نماید(۳۳). این مورد با شناخت چنین تفکراتی بسیار مفید است زیرا می‌توانند فرصتی را برای پر کردن شکاف بین پیروی از آن‌ها ایجاد نماید. درنتیجه مراجع می‌تواند مدتی توقف نموده و به خودش یادآوری کند که تفکرات ضرورتاً واقعیت نیستند(۶۳). به‌این‌ترتیب فضایی برای وی ایجادشده است تا بررسی کند که آیا پیروی از آنچه که ذهن او می‌گوید صحیح است و یا باید بر تفکرات متفاوت و به‌طور بالقوه مفیدتر متمرکز شود. استفاده از تکنیک‌های تفکر شفقت ورز مانند آگاهی از تفکرات، ایجاد تعادل بیشتر در تفکر، ایجاد تعادل در ذهن و همدلی و اعتباربخشی برای ناراحتی‌ها در پروتکل درمانی حاضر تبیینی بر بهبود نشانگان شناختی ضربه عشق مراجعان است.

به‌طورکلی، هیچ‌کس وارد رابطه عاشقانه‌ای که از آن انتظار جدایی دارد، نمی‌شود. اکثر افراد باید انتظار داشته باشند که دوره‌ای از افسردگی، عصبانیت، ناراحتی و یا ناامیدی را مطابق یک الگوی معمولی سوگواری تجربه کنند. بسیاری از افرادی که ضربه عشق را تجربه می‌کنند، ممکن است دیگر تمایلی به جستجوی یک ابژه عشقی در آینده نداشته باشند. ظرفیت برقراری رابطه صمیمانه و عاطفی عمیق و رمانتیک در این افراد کاهش می‌یابد و حتی گاهی به‌طور کامل از بین می‌رود(۶). آموزش و درمان شفقت می‌تواند به افزایش توانایی تحمل پریشانی و حفظ تمرکز و تشخیص مداخلات بالینی برای مراجعین در انواع سناریوهای بالینی منجر شود. پرورش موضعی شفقت‌ورزانه این فرصت را فراهم می‌آورد که با توجه و حضور کامل، مراجعان را درگیر خویشتن کند و اجازه می‌دهد برای هر دو جنبهٔ دردناک و سازگار، فرایند گشودگی و پذیرش داشته باشند (۶۴).

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود؛ برای نمونه، در این پژوهش، نمونه‌ها همه دختر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

بودند و این، احتمال تعمیم نتایج روی پسران را کاهش می‌دهد. همچنین، تکرار اجرای پرسش‌نامه در چندین مرحله از اعتبار آزمون تا حدی می‌کاهد. افزون بر این، یکی از ملاک‌های درمان در این پژوهش نداشتن اختلال جدی در محور یک یا دو برای شرکت‌کننده‌ها بود؛ درنتیجه، در تعمیم نتایج این پژوهش به افراد دارای اختلال باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود درمان متمرکز بر شفقت روی افراد باتجربهٔ قطع رابطهٔ عاشقانه که دارای اختلال شخصیت نیز هستند، اجرا شود. ه علاوه پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده دوره‌های طولانی‌تر پیگیری را در پژوهش خویش لحاظ کنند و نتیجه آن با پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود به‌منظور پیشگیری از شدت مشکلات ناشی از قطع رابطهٔ عاشقانه و بهبود عملکرد افراد، مدل‌ها و برنامه‌هایی درزمینهٔ آموزش ارتباطات قبل از ازدواج صورت گیرد. علاوه بر آن پیشنهاد می‌گردد مداخلهٔ شفقت‌درمانی روی افرادی که تجربهٔ طلاق داشته‌اند نیز اجرا شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان برخورد لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگانی که در این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی کنند.

References

1. Morris CE, Reiber C, Roman E. Quantitative sex differences in response to the dissolution of a romantic relationship. Evolutionary Behavioral Sciences. 2015;9(4):270-82.
2. Brewer G, Bennett C, Davidson L, Ireen A, Phipps A-J, Stewart-Wilkes D, et al. Dark triad traits and romantic relationship attachment, accommodation, and control. Personality and Individual Differences. 2018;120:202-8.
3. Buss DM. The evolution of love in humans. The new psychology of love. 2019:42-63.
4. Koessler RB, Kohut T, Campbell L. When Your Boo Becomes a Ghost: The Association Between Breakup Strategy and Breakup Role in Experiences of Relationship Dissolution. Collabra: Psychology. 2019;5(1).
5. Fisher HE. Broken Hearts: The Nature and Risks of Romantic Rejection. 2006.
6. Salzwedel E. The Art of Breaking Up: Ending Romantic Relationships. 2021.
7. Roos LG. The influence of emotion regulation on psychological distress and physiological functioning following a romantic breakup: The University of North Carolina at Charlotte; 2018.
8. Carter KR, Knox D, Hall SS. Romantic breakup: Difficult loss for some but not for others. Journal of Loss and Trauma. 2018;23(8):698-714.
9. Moreno IC. Marriage and Family Therapists' Clinical Impressions of Romantic Relationship Dissolution Heartbreak: A Modified Delphi Study: Nova Southeastern University; 2019.
10. Rosse R. The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken. Perseus Publishing, a Member of the Perseus Books Group; 1999.
11. Høeg BL, Johansen C, Christensen J, Frederiksen K, Dalton SO, Dyregrov A, et al. Early parental loss and intimate relationships in adulthood: A nationwide study. Developmental Psychology. 2018;54(5):963.
12. Morris CE, Reiber C. Frequency, intensity and expression of post-relationship grief. EvoS Journal: The Journal of the Evolutionary Studies Consortium. 2011;3(1):1-11.
13. LeRoy AS, Knee CR, Derrick JL, Fagundes CP. Implications for Reward Processing in Differential Responses to Loss: Impacts on Attachment Hierarchy Reorganization. Personality and Social Psychology Review. 2019;23(4):391-405.
14. LeFebvre LE, Fan X. Ghosted? Navigating strategies for reducing uncertainty and implications surrounding ambiguous loss. Personal Relationships. 2020;27(2):433-59.
15. Akbari E, Khanjani Z, Poursharifi H, Mahmoud-Alilou M, Azimi Z. Comparative Efficacy of Transactional Analysis Versus Cognitive Behavioral Therapy for Pathological Symptoms of Emotional Breakdown in Students. Journal of Clinical Psychology. 2012;4(3):87-101. [In Persian]
16. Sbarra DA, Manvelian A. The psychological and biological correlates of separation and loss. In R. A. Thompson JAS, & L. J. Berlin (Eds.), editor: Attachment: The fundamental questions; 2021.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

17. Davis D, Shaver PR, Vernon ML. Physical, Emotional, and Behavioral Reactions to Breaking Up: The Roles of Gender, Age, Emotional Involvement, and Attachment Style. Personality and Social Psychology Bulletin. 2003;29(7):871-84.

18. Akbari E, Mahmoud Aliloo M, Khanjani Z, Poursharifi H, Fahimi S, Amiri Pichakolaei A, et al. Early Maladaptive Schemas and Parenting Styles of Students Who Have Failed in Love With and Without the Clinical Syndrome. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012;18(3):184-94. [In Persian]

19. Brewer G, Abell L. Machiavellianism and romantic relationship dissolution. Personality and Individual Differences. 2017;106:226-30.

20. Blue S. Grief and romantic relationship dissolution: Lexington Books; 2017.

21. Garland C. Understanding trauma: A psychoanalytical approach: Routledge; 2018.

22. Bergstein A. Beyond the spectrum: Fear of breakdown, catastrophic change, and the unrepressed unconscious 1. Explorations in Bion's "O": Routledge; 2019. p. 105-16.

23. Karantzas GC, Feeney JA, Agnew CR, Christensen A, Cutrona CE, Doss BD, et al. Dealing with loss in the face of disasters and crises: Integrating interpersonal theories of couple adaptation and functioning. Current Opinion in Psychology. 2022;43:129-38.

24. Field T. Romantic breakup distress in university students: A narrative review. International Journal of Psychological Research and Reviews. 2020;3:30.

25. Dehghani M, Atef-Vahid M-K, Gharaee B. Efficacy of short-term anxiety-regulating psychotherapy on love trauma syndrome. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2011;5(2):18-25.

26. Peel R, Caltabiano N. Why do we sabotage love? A thematic analysis of lived experiences of relationship breakdown and maintenance. Journal of Couple & Relationship Therapy. 2021;20(2):99-131.

27. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology. 2014;53(1):6-41.

28. Gilbert P. Compassion: From its evolution to a psychotherapy. Frontiers in Psychology. 2020;11:3123.

29. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. 2005.

30. Gilbert P. Compassion: Concepts, research and applications: Taylor & Francis; 2017.

31. Gilbert P. Explorations into the nature and function of compassion. Current Opinion in Psychology. 2019;28:108-14.

32. Gilbert P, Catarino F, Duarte C, Matos M, Kolts R, Stubbs J, et al. The development of compassionate engagement and action scales for self and others. Journal of Compassionate Health Care. 2017;4(1):4.

33. Kolts RL. CFT made simple: A clinician's guide to practicing compassion-focused therapy: New Harbinger Publications; 2016.

34. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. International Journal of Cognitive Therapy. 2010;3(2):97-112.

35. Gilbert P. Distinguishing shame, humiliation and guilt: An evolutionary functional analysis and compassion focused interventions. The bright side of shame: Springer; 2019. p. 413-31.

36. Grodin J, Clark JL, Kolts R, Lovejoy TI. Compassion focused therapy for anger: A pilot study of a group intervention for veterans with PTSD. Journal of Contextual Behavioral Science. 2019.

37. McLean L, Steindl SR, Bambling M. Compassion-focused therapy as an intervention for adult survivors of sexual abuse. Journal of child sexual abuse. 2018;27(2):161-75.

38. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. Australian Clinical Psychologist. 2017;3(1):1743.

39. EzzatPanah F, Latifi Z. Effectiveness training based on acceptance, commitment and compassion on pain catastrophizing, distress tolerance and post traumatic growth in patients with fibromyalgia syndrome. Quarterly journal of health psychology. 2020;8(32):127-42.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

40. Hadian S, Jabalameli S. The Effectiveness Of Compassion –Focused Therapy (Cft) On Rumination In Students With Sleep Disorders: A Quasi-Experimental Research, Before And After. Studies in Medical Sciences. 2019;30(2):86-96. [In Persian]
41. Hamid N, Poursaleh A, davoudi I. The Effectiveness of Compassion Mindfulness Training on the Symptoms of Social Anxiety Disorder and Emotional Cognitive Management Strategies in Female Students with Social Anxiety Disorder. Journal of Modern Psychological Researches. 2021;16(61):75-94. [In Persian]
42. Soltani M, Fatehizade MA. The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Depression and Rumination after Romantic Relationship Breakup: A Single Case Study. Clinical Psychology Studies. 2020;10(37):63-90.
43. Rajabi S, Alimoradi K. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-concept clarity, depression, anxiety and stress, and self-esteem in students with Love trauma syndrome. Journal of Psychological Studies. 2018;14(3):131-46. [In Persian]
44. Karaminezhad Z, Sodani M, Mehrabizadeh honarmand M. Effectiveness emotion focused therapy approach on cognitive emotion regulation on emotional breakdown girl students. scientific magazine yafte. 2017;18(4):79-86. [In Persian]
45. Archer EM, Hagan LD, Mason J, Handel R, Archer RP. MMPI-2-RF Characteristics of Custody Evaluation Litigants. Assessment. 2011;19(1):14-20.
46. kamkari K,. Shokrzadeh, sh. Assessment of personality traits (with emphasis on the reconstructed form of the Minnesota Multidimensional Personality Questionnaire: Islamic Azad University Publications Science and Research Branch; 2016. [In Persian]
47. Irons C, Beaumont E. The compassionate mind workbook: A step-by-step guide to developing your compassionate self: Robinson; 2017.
48. Blanchard EB, Schwarz SP. Clinically significant changes in behavioral medicine. Behavioral Assessment. 1988.
49. Franklin A. The role of positive psychological factors and coping strategies following a non-marital relationship breakup: The Australian National University (Australia); 2015.
50. Flannery KM, Smith RL. Breaking Up (With a Friend) Is Hard to Do: An Examination of Friendship Dissolution Among Early Adolescents. The Journal of Early Adolescence. 2021:02724316211002266.
51. Schwartz GV. The Role of Loss on the Student Therapist's Affective Reactions and Technical Management of the Termination Phase: An Exploratory Study: Alliant International University; 2020.
52. Tucker MS. Interpersonal decentering in relationship breakups: Social cognitive maturity and distress recovery in young adults: University of North Texas; 2015.
53. Reimer JE, Estrada AR. College students' grief over a breakup. Journal of Loss and Trauma. 2021;26(2):179-91.
54. Sprecher S, Zimmerman C, Abrahams EM. Choosing compassionate strategies to end a relationship. Social psychology. 2010.
55. Ahmadpour Dizaji J, Zahrakar K, Kiamanesh A. Comparative Efficacy of Compassion _Focused Therapy (CFT) and Well_Being Therapy (WT) on Psychological Capital in Female College Students with romantic Failure. Scientific Research Quarterly of Woman and Culture. 2017;9(31):7-21. [In Persian]
56. Neff K, Germer C. Self-Compassion and Psychological. The Oxford handbook of compassion science. 2017:371.
57. Braehler C, Neff K. Chapter 20 - Self-compassion in PTSD☆. In: Tull MT, Kimbrel NA, editors. Emotion in Posttraumatic Stress Disorder: Academic Press; 2020. p. 567-96.
58. Kaurin A, Schönfelder S, Wessa M. Self-compassion buffers the link between self-criticism and depression in trauma-exposed firefighters. Journal of counseling psychology. 2018;65(4):453.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]

59. Lindsay EK, Chin B, Greco CM, Young S, Brown KW, Wright AG, et al. How mindfulness training promotes positive emotions: Dismantling acceptance skills training in two randomized controlled trials. Journal of personality and social psychology. 2018;115(6):944.

60. Tavasoli Z, Aghamohammadin Sherbaf2 HR, Sepehri Shamloo Z, Shahsavari M. Effectiveness of group Reality Therapy on love trauma syndrome and overall function of people who failed emotionally. Journal of Applied Psychology. 2018;12(1):83-102. [In Persian]

61. Taklavi S, Gafari A. Comparison of the Effectiveness of Reprocessing Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in Depression of Girl Student s with Emotional Breakdown. Journal of Modern Psychological Researches. 2017;12(46):23-39. [In Persian]

62. Mouchan R, Bahmani B, Askari A. The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Symptoms of Emotional Breakdown. Health Sciences. 2016;5(9S):1-11.

63. Beaumont E, Hollins Martin C. A narrative review exploring the effectiveness of Compassion-Focused Therapy. Counselling Psychology Review. 2015;30(1):21-32.

64. Harris D. Compassion-focused grief therapy. British Journal of Guidance & Counselling. 2021:1-11.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.2.6]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.9]