



The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Regulation Cognitive Emotion after a Romantic Breakup (Single Case)

Mina Soltani ¹, Maryam Fatehizadeh^{2*}

1- M.A Family Counsellor, Department of Family Counselling, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2- Professor. Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Maryam Fatehizadeh, Professor. Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Email: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

Received: 4 June 2022

Accepted: 6 Sep 2022

Abstract

Introduction: The present study aimed to evaluate the effects of compassion-focused therapy on Cognitive regulation of emotion after a romantic breakup.

Methods: It was performed by utilizing a single-case quasi-experimental method. In doing this, three female participants with the experience of breaking off a romantic relationship were selected by availability sampling method and placed under the treatment, using individual Compassion-focused Therapy (CFT) during eight 90-minute sessions. Participants completed the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) at the baseline stage and in the second, fourth, sixth, and eighth sessions of the intervention, and finally at the one-month follow-up stage. They also completed the Love Trauma Inventory (LTI) and the MMPI-2RF Questionnaires in the pre-treatment phase and underwent clinical interviews. Two methods of clinical significance and recovery percentage index were used to analyze the data.

Results: The results showed that the percentage of overall recovery in positive approaches of regulating the emotion in intervention and follow-up phases was 40% & 38%; respectively. The percentage of overall recovery in negative approaches of regulating the emotion in intervention and follow-up phases was 48% & 36%; respectively indicating to a modest success in therapy

Conclusions: respectively Therefore it is concluded that compassion-focused therapy results in feeling of security and capacity to internal harmony and detection to create emotional and bio-nervous context in individuals with a romantic breakup. The results of the present study can be applied by psychologists and researchers.

Keywords: Compassion-Focused therapy (CFT), regulation cognitive emotion, Romantic Breakups.



اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان پس از قطع رابطه عاشقانه (مطالعه موردی)

مینا سلطانی^۱، مریم فاتحی زاده^{۲*}

۱- کارشناس ارشد رشته مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- استاد، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: مریم فاتحی زاده، استاد، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
ایمیل: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۱۴

چکیده

مقدمه: همه انسان ها باخت را تجربه می کنند. بسیاری از ما باخت در رابطه عاشقانه خود را یا تجربه کرده ایم و یا تجربه خواهیم کرد. انجام این کار آسان نیست چرا که اختلال در روابط صمیمی مشکل ساز است هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان پس از قطع رابطه عاشقانه بود.

روش کار: و ش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی تک موردی بود. به این منظور، سه شرکت کننده دختر با تجربه قطع رابطه عاشقانه به شیوه نمونه گیری دردسترس انتخاب و تحت درمان فردی متمرکز بر شفقت در طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند. شرکت کننده ها در مراحل درمان، پرسش نامه پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) و در مرحله پیش از درمان، به پرسش نامه ضربه عشق (راس، ۱۹۹۹) و پرسش نامه MMPI-2RF پاسخ دادند و مصاحبه بالینی شدند. داده ها به روش ترسیم دیداری و شاخص تغییر پایه و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند؛ **یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد درصد بهبودی کلی در متغیر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۴۰٪ و ۳۸٪ بود و درصد بهبودی کلی در متغیر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۴۸٪ و ۳۶٪ بود و این نشان دهنده موفقیت متوسط در درمان بود.

نتیجه گیری: درمان متمرکز بر شفقت موجب ایجاد احساس امنیت و ظرفیت برای اکتشاف و هماهنگی درونی افراد در ایجاد بافت عصبی-زیستی و احساسی افراد پس از قطع رابطه عاشقانه می گردد. نتایج این پژوهش این قابلیت را دارد که روان شناسان و مشاوران از آن استفاده کنند.

کلیدواژه ها: درمان متمرکز بر شفقت، تنظیم شناختی هیجان، ضربه عشق، قطع رابطه عاشقانه.

مقدمه

تجربه هایی است که یک فرد بزرگسال تجربه می کند (۲-۴). بیشتر افراد دست کم یکبار در زندگی خود قطع در رابطه عاشقانه را تجربه می کنند (۵). قطع رابطه عاشقانه اغلب با افسردگی، اضطراب، بی خوابی، نوسان خلق و خو، نشخوار فکری و ریسک بیشتر برای خودکشی همراه هستند (۶). آن طور که گفته می شود، قطع ارتباط عاشقانه می تواند

همه ی انسان ها باخت را تجربه می کنند. بیشتر ما در زندگی خود قطع رابطه عاشقانه را تجربه کرده ایم یا تجربه خواهیم کرد. تجربه ی فروپاشی روابط عاشقانه آسان نیست زیرا قطع رابطه صمیمانه مشکل ساز است (۱). انحلال یک رابطه عاشقانه یکی از دردناک ترین

به دلایل بی‌شماری دردناک باشد اما بنظر می‌رسد تنظیم هیجان کلید این مسئله باشد که مختص هر فردی است. برای مثال قطع ارتباط عاشقانه می‌تواند برای شخصی دردناک‌تر باشد که احساساتی‌تر بوده و فردی که بنظر می‌رسد نسبت به این تجربه‌ی خود بی‌تفاوت است از آن درس آموخته باشد. اما؛ علیرغم تمام آنچه که گفته شد به نظر می‌رسد زمانی که فرد بدرستی درمان شود، درد و تنش احساسی قابل مدیریت باشند (۷).

تنظیم شناختی هیجان اشاره به فرآیندهایی دارد که فرد از طریق آن مشخص می‌کند چه هیجانی، در چه زمانی و چگونه تجربه شود است (۸). تنظیم شناختی هیجان عبارت است از تنظیم راه‌های شناختی پاسخ‌های عاطفی به حوادثی که باعث تشدید احساسات افراد می‌شود (۹). تنظیم احساسات از طریق شناخت به طور جدایی‌ناپذیری با زندگی انسان در ارتباط می‌باشد. در طول یا پس از تجربه یک رویداد منفی یا پراسترس زندگی شناخت یا فرایندهای شناختی به تنظیم هیجانات افراد یا احساساتشان کمک می‌کنند و نمی‌گذارد در شدت این احساسات غرق شوند (۱۰). زمانی که افراد بزرگسال با رویدادهای استرس‌زای زندگی مانند قطع رابطه عاشقانه یا تغییرات پیش‌بینی نشده روبرو می‌شوند که با علائم افسردگی در ارتباط هستند، از استراتژی‌های تنظیم شناختی هیجان شناختی استفاده می‌کنند (۱۱). تحقیقات پیرامون ارتباط بین تنظیم شناختی هیجان شناختی و علائم افسردگی منجر به تفکیک استراتژی‌های سازگار و ناسازگار شده است (۱۰).

راهبردهای شناختی تنظیم شناختی هیجان در دو دسته کلی مثبت و منفی طبقه‌بندی می‌شوند. راهبردهای مثبت شامل تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری و پذیرش، و راهبردهای منفی شامل ملامت خویش، ملامت دیگران، فاجعه‌انگاری و نشخوار فکری هستند (۱۲). مشکل در الگوی واکنش‌های هیجانی یا تنظیم شناختی هیجان دلیل بسیاری از مشکلات روانی و زمینه‌ساز اختلال‌های درون‌ریزی مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و اختلال‌های برون‌ریزی مانند رفتارهای پرخطر و بزهکاری است. در این میان برخی بر این باورند که درمان متمرکز بر شفقت برای حل مشکلات مربوط به سلامت روان و به‌طور خاص مشکلات مربوط

به آسیب‌های روانی بالخصوص ضربه عاطفی رویکردی بسیار گره‌گشاست (۱۳).

درمان متمرکز بر شفقت از تمرینات تنفسی، لحن صدای دوستانه و صمیمی، حالت چهره و بدن و تمرینات بصری استفاده می‌کند که بر فعال‌سازی و توسعه‌ی سیستم‌های فرآیندی دلسوزانه-صمیمی (برای مثال سیستم پاراسمپاتیک) متمرکز می‌شود که به تنظیم احساسات کمک کرده (برای مثال تنظیم منفی/کاهش سیستم آسیب) و به افراد در زمان ناراحتی کمک کرده و آنها را آرام می‌کند (۱۴). مطالعات زیادی در حوزه‌ی فیزیولوژیکی مغز/انگیزه‌های اجتماعی انجام شده‌است که به شکل عملی از درمان متمرکز بر شفقت و تمرینات آن حمایت کردند (۱۷-۱۵). نقطه‌ی عطف درمان متمرکز بر شفقت تاثیر گذاشتن بر تنظیم هیجانات است که از آن تحت عنوان مدل «سه دایره» نام برده می‌شود (۱۸، ۱۹) که از کار بر و ادغام با پروسه‌ی تهدید (۲۰)، احساسات مثبت و صمیمانه (۲۱)، و مدل‌های پیچیده‌تر هیجان (۲۲) ایجاد شده است. درمان متمرکز بر شفقت از طریق دیدگاه‌های آنالیز عملکردی تاکید می‌کند که انسان‌ها دست‌کم در سه سیستم هیجانی خود دچار تحول شده‌اند: ۱) سیستم تهدید و محافظت از خود، احساسات تهدیدی مختلف (برای مثال خشم، اضطراب و انزجار) و رفتارهای تدافعی همراه (برای مثال جنگ، پرواز، منفعل شدن، سازگار شدن، از کار افتادن) که به عملکردهای کشف و پاسخ سریع به تهدیدات و ایمن نگه داشتن خود خدمت می‌کنند، ۲) سیستم انگیزه و محرک، احساسات انرژی‌بخش/فعال‌کننده‌ی مختلف و آنهایی که به پاداش مربوط هستند (برای مثال میل، هیجان و لذت) که به عملکردهای کشف، جستجو و کسب منابع لازم برای بقا و تولیدمثل خدمت می‌کنند و ۳) سیستم تسکین‌دهنده/آرامبخش لازم برای بقا و تولیدمثل، احساسات صمیمانه‌ی مختلف (برای مثال احساس رضایت از شرایط موجود، آرامش، امنیت) که در خدمت فعالیت‌های کشف و پاسخ به علائم امنیت (اجتماعی) هستند که به فرونشاندن، آرام کردن، صلح و آشتی، «استراحت و هضم» و پذیرا بودن تجربه‌های جدید کمک می‌کنند. این سیستم آخر از طریق ارزیابی برخی از عملکردهای رفتار صمیمانه و دلبستگی سازگار می‌شود (۲۳). درمان متمرکز بر شفقت از درمان‌های جوان محسوب

میشود؛ اما توانسته است پیشینه پژوهشی نسبتاً قدرتمندی برای خود فراهم آورد و اثربخشی خود را بر طیف گسترده‌ای از مشکلات، مانند استرس پس از سانحه (۲۴)، تجربه آزار جنسی (۲۵)، مشکلات مربوط به شرم و خودانتقادی (۲۶)، رشد پس از سانحه (۲۷)، نشخوارفکری (۲۸)، تنظیم هیجان (۲۹، ۳۰) و قطع رابطه عاطفی (۳۱) ثابت کند. بیشتر پژوهش‌های پیشین از رویکردهای شناختی-محور یا هیجان‌محور مطلق استفاده کرده‌اند (۳۲، ۳۳)، درمان متمرکز بر شفقت نگاهی متفاوت به مسئله سوگ عاشقانه دارد؛ به همین دلیل، افزون بر تأکید بر سیستم‌های هیجانی مغز افراد به فاکتورهای شناختی هم توجه می‌کند (۲۲). درمان متمرکز بر شفقت به دلیل دیدگاه تکاملی، به صورت یکپارچه به همه ابعاد درمانی می‌پردازد (۳۴). همچنین، به دلیل اینکه افراد پس از قطع رابطه عاشقانه احساسات خودسرزنی را در سطح گسترده‌ای تجربه می‌کنند، وجود رویکردی درمانی که ویژگی اصلی آن ایجاد بافتی مهربان و امن برای تجربه هیجانات دشوار است، میتواند بسیار اثرگذار باشد. بنابراین، مسئله اصلی این پژوهش عبارت است از اینکه آیا درمان متمرکز بر شفقت بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد پس از قطع رابطه عاشقانه مؤثر است؟

روش کار

این پژوهش در چهارچوب طرح تجربی تک موردی از نوع A-B انجام شد. جامعه آماری پژوهش را همه دختران جوان شهر اصفهان که به تازگی با فروپاشی رابطه رمانتیک مواجه شده بودند، تشکیل دادند و نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: ۱. دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، به دلیل اوج روابط عاطفی و تمایل به آشنایی و تجربه رابطه عاشقانه در این سن؛ ۲. داشتن رابطه 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. نمره ۲۰ تا ۳۰ در پرسش‌نامه ضربه عشق؛ ۷. رضایت کامل و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت‌اند از: ۱. گذراندن دوره 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. پژوهش حاضر با پخش فراخوان شرکت در طرح پژوهشی در شبکه‌های اجتماعی برای مراجعه دختران جوان دارای تجربه قطع رابطه عاشقانه به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان آغاز شد. پس از مراجعه افراد داوطلب، غربالگری بر اساس ملاک‌های شمول، مصاحبه بالینی برای تشخیص اختلال شخصیت و ارزیابی با آزمون MMPI-2 صورت گرفت و پرسش‌نامه ضربه عشق به منظور تعیین میزان آشفتگی پس از قطع رابطه عاشقانه تکمیل شد. در نهایت، از بین ۶۵ داوطلب سه نفر واجد شرایط انتخاب شدند؛ سپس شرکت‌کننده‌ها طبق اصول خط پایه ساده، پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان را در چهار نقطه به فاصله یک هفته پیش از شروع مداخله تکمیل کردند. پس از آن، شرکت‌کننده‌ها به مدت هشت جلسه نود دقیقه‌ای یک بار در هفته تحت درمان متمرکز بر شفقت، بر اساس کتاب کار پرورش ذهن شفقت‌ورز (۴۰) قرار گرفتند. همچنین، در هنگام اجرای درمان در جلسه‌های دوم، چهارم، ششم و هشتم، شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان را تکمیل کردند. سپس در یک ماه پیگیری در چهار خط پایه به فاصله یک هفته شرکت‌کننده‌ها پرسش‌نامه مذکور را تکمیل کردند. پروتکل هشت‌جلسه‌ای را به اختصار می‌توان در جدول ۱ مشاهده کرد.

جدول ۱: مداخله درمانی شفقت (۴۰)

جلسات	شرح مداخلات درمانی
جلسه اول: آشنایی و اتحاد درمانی، شناسایی جزئیات فرایند رابطه و قطع ارتباط، مصاحبه انگیزی مخصوص شفقت.	
جلسه دوم: تهیه فرمولاسیون مراجع، بررسی تأثیرات تاریخچه، ترس‌ها و تهدیدهای رایج، شناسایی استراتژی‌های معمول حفاظتی و امنیتی و وارد کردن شفقت به فرمولاسیون شخصی مراجع.	
جلسه سوم: شناسایی سیستم‌های هیجانی، تمرکز بر سیستم تهدید، کار روی ارتقای سیستم امنیت، انجام تمرینات بهوشیاری و تکلیف خانگی.	
جلسه چهارم: بررسی تکالیف جلسه پیش، تأکید بر ترس از شفقت، تمرینات تصویرسازی شفقت‌ورزانه، تصویرسازی دیگری شفقت‌ورز و تمرین شفقت در آینه.	
جلسه پنجم: تأکید بر جریان‌های اصلی شفقت، شناسایی سبک مقابله‌ای خودسرزنی و خودانتقادی، استعاره دو معلم، پرورش خودشفقت‌ورز، تکلیف خانگی.	
جلسه ششم: بررسی تکالیف جلسه پیش، شناسایی خودهای چندانگانه و شناسایی هیجانات، راهبردهای تنظیم هیجان، استعاره ناخدا ی کشتی و تکلیف خانگی.	
جلسه هفتم: بررسی تکالیف جلسه پیش، نوشتن نامه شفقت‌ورز و تکلیف خانگی.	
جلسه هشتم: بررسی تکالیف جلسه پیش (نامه)، مرور و جمع‌بندی و خاتمه جلسه	

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه ضربه عشق (راس، ۱۹۹۹) پرسشنامه غربالگری: پرسشنامه ضربه عشق که توسط راس برای سنجش شدت ضربه عشق تهیه شده است و دربردارنده ده ماده چهارگزینه‌ای است. این پرسشنامه، با نقطه برش ۲۰، نوعی ارزیابی کلی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری به دست می‌دهد. روند نمره‌گذاری این پرسشنامه به شیوه لیکرت است که برای هر پرسش گزینه‌ها به ترتیب از ۳ تا ۰ نمره می‌گیرند و فقط پرسش‌های ۱ و ۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری شده‌اند (۳۵). بعد از امتیازدهی، جمع نمره‌ها به عنوان وضعیتی از نشانگان ضربه در نظر گرفته می‌شوند. نمره ۲۰ تا ۳۰ به معنی جدی بودن نشانگان ضربه عشق است و احتمالاً بر کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی یا تحصیلی یا شغلی فرد تأثیر عمده‌ای گذاشته و دچار ناراحتی روانی شده است. نمره ۱۰ تا ۱۹ به این معنی است که نشانگان ضربه عشق وجود دارد؛ اما قابل تحمل است. نمره ۰ تا ۶ به معنی کنترل پذیر بودن نشانگان ضربه عشق بوده و به طور جدی 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 بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ گزارش شده است (۳۶).

آزمون شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا MMPI-2RF (پرسشنامه غربالگری): پرسشنامه 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 کلیدگذاری صفویک نمرات خام به نمرات تراز تبدیل می‌شود و به این وسیله می‌توان فقدان برافراشتگی و برافراشتگی خفیف و برافراشتگی شدید را مشاهده کرد (۳۷). در ایران این آزمون ترجمه و انطباق‌یابی و با حجم نمونه ۱۲۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد تربیت‌بدنی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز اعتباریابی کشده است (۳۸). ضرایب اعتبار با روش آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های بالینی (۵ خرده‌مقیاس) بالاتر از ۰/۸۰ بوده است. با مصاحبه بالینی ۳۰ نفر که دو مرتبه آزمون شده‌اند، دلایل مستند و معتبری برای روایی ملاکی به دست آمده است. این اقدام از طریق محاسبه همبستگی بین رتبه‌های دانشجویان در مصاحبه بالینی با تأکید بر خرده‌مقیاس‌های بالینی RC1 تا RC9 و نتایج به دست آمده از پرسشنامه به دست آمده که دامنه ضرایب این همبستگی بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۵ بوده است که نشاندهنده اعتبار و روایی مقبولی است (۳۸).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گانفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶): این پرسشنامه یک پرسشنامه ی چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه ی منفی یا وقایع آسیب زا ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و

کننده ها و در صورت آسیب، جبران آسیبها نیز در اولویت قرار گرفت. افزون بر این این پژوهش با کد اخلاق به شماره IR.U.IREC.1400.053 در دانشگاه اصفهان به ثبت رسیده است. در این پژوهش محقق و اجرا کننده جلسات توسط یک نفر انجام شده و تحلیل دادهها توسط آماریست متخصص انجام شده است. در این پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل دیداری استفاده شد در این فرمول، نمره پیشآزمون از نمره پس آزمون کسر شده و حاصل آن بر نمره پیشآزمون تقسیم میشود. بر اساس فرمول بلانچارد، بهبودی ۵۰ درصدی کاهش یا بهبود در علائم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات ۲۵ درصد تا ۴۹ درصد بهبودی متوسط و نهایتاً کاهش یا افزایش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵ درصد به عنوان بهبودی ضعیف در درمان تلقی می شود (۴۱). فرمول بلانچارد به این ترتیب است (۴۱). $A=0$ مشکل آماجی در ابتدای درمان، $A=1$ مشکل آماجی در انتهای درمان، $A\% = A0 - A1 / A0$

یافتهها

در جدول ۲ ویژگیهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان را می توان مشاهده کرد.

جدول ۲: ویژگیهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان

سن	تحصیلات	مدت رابطه	مدت قطع	نمره ضربه عشق
۲۰	دانشجوی کارشناسی	۶ ماه	۷ ماه	۲۰
۲۱	دانشجوی کارشناسی	۱۰ ماه	۱۲ ماه	۲۳
۲۴	دانشجوی کارشناسی ارشد	۶ ماه	۸ ماه	۲۱

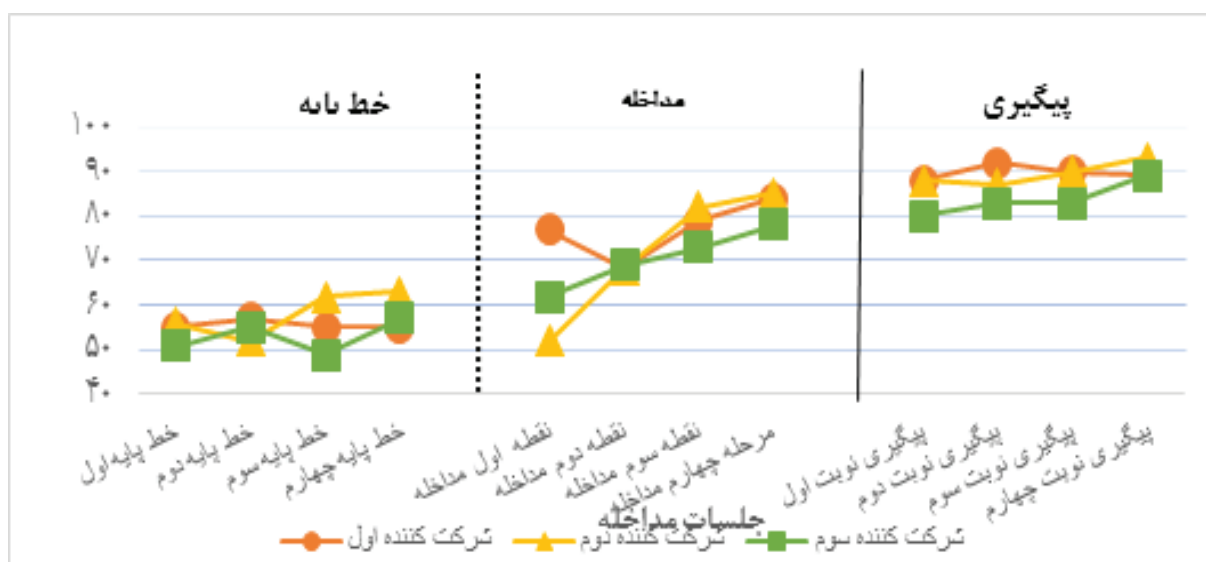
درصد بهبودی مرحله مداخله و پیگیری و شاخص PND و POD در متغیر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان گزارش شده است.

دارای ۳۶ ماده می باشد و از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده است (۱۰). خرده مقیاسهای مذکور راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می کند. میزان همسانی درونی کل مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و میزان آلفا برای خرده مقیاس ها در دامنه ی ۰/۷۷ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. ضریب باز آزمایی کل مقیاس بعد از ۳ تا ۴ هفته ۰/۷۷ به دست آمد که حاکی از پایایی مناسب آزمون بود. برای تعیین روایی این مقیاس از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده گردید که نتایج نشان داد همانند نسخه ی اصلی، از ترجمه ی فارسی مقیاس تنظیم شناختی هیجان نیز ۹ عامل به دست آمد که مجموعاً ۷۴ درصد واریانس کل را تبیین می کردند و تمام ضرایب مسیر بالاتر از ۰/۴۰ بودند که این حاکی از روایی سازه مناسب آزمون است (۳۹). به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، حضور داوطلبانه در جلسه های مشاوره و کسب رضایت آگاهانه کامل برای شرکت در جلسه ها در نظر گرفته شد. همچنین، درباره روش اجرا، هدف انجام پژوهش، زیانهای احتمالی، دستاوردها، ماهیت و مدت پژوهش به شرکت کننده ها پاسخ قانع کننده علمی و عملی داده شد. افزون بر این، همه مراحل اجرای پژوهش زیر نظر استاد راهنما پیش رفت. رایگان بودن جلسه ها، آسیب نرسیدن به شرکت

در جدول ۳ اطلاعات مربوط به روند درمان هر سه شرکت کننده، نمره ها و انحراف استاندارد خط پایه و مداخله و پیگیری را می توان مشاهده کرد. همچنین، شاخص RCI،

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد و روند تغییر مراحل درمان سه شرکت کننده در متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان

شرکت کننده سوم	شرکت کننده دوم	شرکت کننده اول		
۵۱	۵۶	۵۵	خط پایه اول	ارزیابی در نقطه A
۵۵	۵۲	۵۷	خط پایه دوم	
۴۹	۶۲	۵۵	خط پایه سوم	
۵۷	۶۳	۵۵	خط پایه چهارم	
۵۳	۵۸/۲۵	۵۵/۵	میانگین خط پایه	ارزیابی در نقطه B
۶۲	۵۲	۷۷	نقطه اول مداخله	
۶۹	۶۸	۶۸	نقطه دوم مداخله	
۷۳	۸۲	۷۹	نقطه سوم مداخله	
۷۸	۸۵	۸۴	نقطه چهارم مداخله	
۷۰/۵	۷۱/۷۵	۷۷	میانگین نقاط مداخله	
۱/۸۵	۲/۲۰	۱/۹۶	شاخص تغییر پایا (RCI)	شاخصها
-۰/۴۴	-۰/۳۷	-۰/۴۲	درصدی بهبودی پس از مداخله	
	-۰/۴۰		درصد بهبودی کلی پس از مداخله	
۸۰	۸۸	۸۸	پیگیری نوبت اول	مرحله پیگیری
۸۳	۸۷	۹۲	پیگیری نوبت دوم	
۸۳	۹۰	۹۰	پیگیری نوبت سوم	
۸۹	۹۳	۸۹	پیگیری نوبت چهارم	
۸۳/۷۵	۸۹/۵	۸۹/۷۵	میانگین مرحله پیگیری	شاخصها
۱/۷۸	۲/۱۰	۲/۰۰	شاخص تغییر پایا (مداخله)	
-۰/۳۲	-۰/۴۲	-۰/۴۱	درصدی بهبودی پس از پیگیری	
	-۰/۳۸		درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	



نمودار ۱: روند تغییر مراحل درمان سه شرکت کننده در متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان

همان طور که در نمودار ۱ می توان مشاهده کرد، درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در شرکت کننده اول اثربخش بوده است (PND=100%). شاخص پایایی تغییر (RCI) برای شرکت کننده اول در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۱/۹۶ و ۲/۰۰ است ($Z < 1/96$) که با توجه به سطح معناداری ($p < 0.05$)

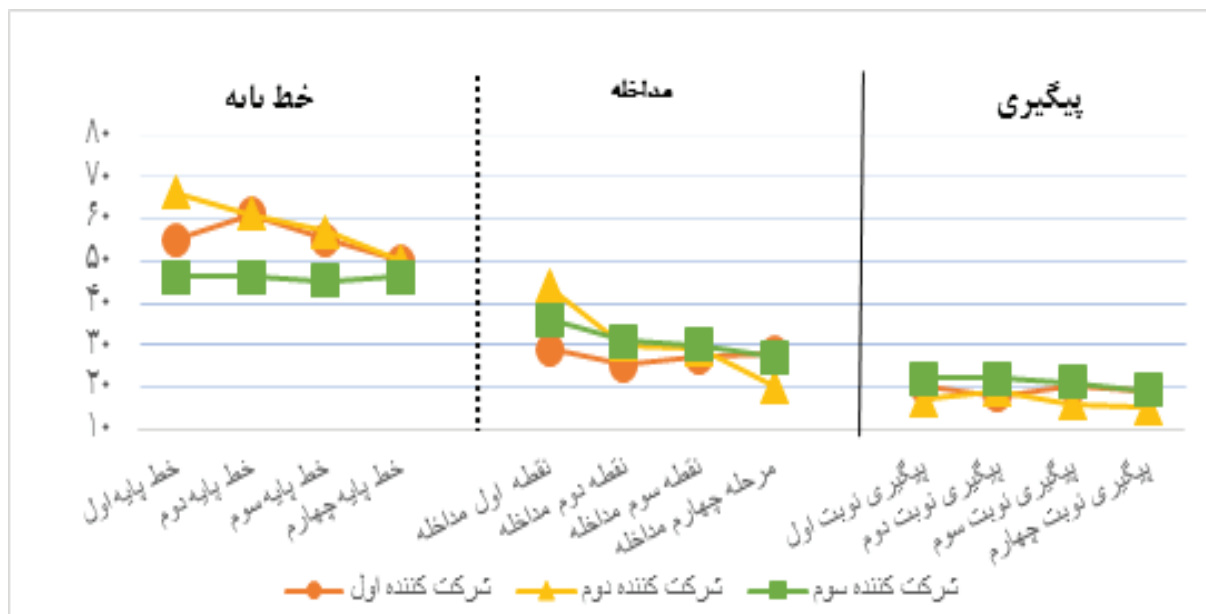
همان طور که در نمودار ۱ می توان مشاهده کرد، درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در شرکت کننده اول اثربخش بوده است (PND=100%). شاخص پایایی تغییر (RCI) برای شرکت کننده اول در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۱/۹۶ و ۲/۰۰ است ($Z < 1/96$) که با توجه به سطح معناداری ($p < 0.05$)

($Z < 1/96$) که با توجه به سطح معناداری ($p < 0/05$) مداخله اثربخش بوده است. افزون بر این، شاخص درصد بهبودی در شرکت کننده سوم در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۴۴٪ و ۳۲٪ است که نشان می دهد شرکت کننده سوم در مرحله مداخله و پیگیری، بهبودی متوسط در روند درمان داشته است. درصد بهبودی کلی برای هر سه شرکت کننده در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۴۰٪ و ۳۸٪ است و این مقدار موفقیت متوسط در درمان را نشان می دهد (۴۱). بنابراین، می توان گفت درمان متمرکز بر شفقت موجب بهبودی متوسط راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان دختران پس از قطع رابطه عاشقانه در شهر اصفهان می شود. در جدول ۴ اطلاعات مربوط به روند درمان هر سه شرکت کننده، نمره ها و انحراف استاندارد خط پایه و مداخله و پیگیری را می توان مشاهده کرد. همچنین، شاخص RCI، درصد بهبودی مرحله مداخله و پیگیری و شاخص PND و POD در متغیر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان گزارش شده است.

مداخله اثربخش بوده است. همچنین، شاخص درصد بهبودی در شرکت کننده اول در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۴۲٪ و ۴۱٪ بوده است. این شاخص نشان می دهد شرکت کننده اول در مرحله مداخله و پیگیری، بهبودی متوسط در روند درمان داشته است. درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در شرکت کننده دوم اثربخش بوده است ($PND=75\%$, $POD=25\%$). شاخص پایایی تغییر (RCI) برای شرکت کننده دوم در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۲/۲۰ و ۲/۱۰ است ($Z < 1/96$) که با توجه به سطح معناداری ($p < 0/05$) مداخله اثربخش بوده است. همچنین، شاخص درصد بهبودی در شرکت کننده دوم در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۳۷٪ و ۴۲٪ بوده است. این شاخص، بهبودی متوسط در روند درمان را نشان می دهد. در نهایت، درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان نیز در شرکت کننده سوم اثربخش بوده است ($PND=100\%$, $POD=0\%$). شاخص پایایی تغییر (RCI) برای شرکت کننده سوم در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۱/۸۵ و ۱/۷۸ بوده است

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد و روند تغییر مراحل درمان سه شرکت کننده در متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان

شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	
۵۵	۶۶	۴۶	خط پایه اول
۶۱	۶۱	۴۶	خط پایه دوم
۵۵	۵۷	۴۵	خط پایه سوم
۵۰	۵۰	۴۶	خط پایه چهارم
۵۵/۲۵	۵۸/۵	۴۵/۷۵	میانگین خط پایه
۲۹	۴۴	۳۶	نقطه اول مداخله
۲۵	۳۰	۳۱	نقطه دوم مداخله
۲۷	۲۹	۳۰	نقطه سوم مداخله
۲۸	۲۰	۲۷	نقطه چهارم مداخله
۲۷/۲۵	۳۰/۷۵	۳۱	میانگین نقاط مداخله
۲/۲۵	۲/۱۰	۱/۹۸	شاخص تغییر پایا (RCI)
۰/۵۱	۰/۵۰	۰/۴۲	درصدی بهبودی پس از مداخله
	۰/۴۸		درصد بهبودی کلی پس از مداخله
۲۰	۱۷	۲۲	پیگیری نوبت اول
۱۸	۱۹	۲۲	پیگیری نوبت دوم
۲۰	۱۶	۲۱	پیگیری نوبت سوم
۱۹	۱۵	۱۹	پیگیری نوبت چهارم
۱۹/۲۵	۱۶/۷۵	۲۱	میانگین مرحله پیگیری
۱/۲۲	۱/۹۶	۱/۸۵	شاخص تغییر پایا (مداخله)
۰/۴۵	۰/۳۲	۰/۳۰	درصدی بهبودی پس از مداخله
	۰/۳۶		درصد بهبودی کلی پس از مداخله



نمودار ۲: روند تغییر مراحل درمان سه شرکت کننده در متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان

سوم در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۱/۹۸ و ۱/۸۵ بوده است ($Z < 1/96$) که با توجه به سطح معناداری ($p < 0/05$) مداخله اثربخش بوده است. افزون بر این، شاخص درصد بهبودی در شرکت کننده سوم در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۴۲٪ و ۳۰٪ است که نشان می دهد شرکت کننده سوم در مرحله مداخله و پیگیری، بهبودی متوسط در روند درمان داشته است. درصد بهبودی کلی برای هر سه شرکت کننده در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۴۸٪ و ۳۶٪ است و این مقدار موفقیت متوسط در درمان را نشان می دهد (۴۱). بنابراین، می توان گفت درمان متمرکز بر شفقت موجب بهبودی متوسط راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان دختران پس از قطع رابطه عاشقانه در شهر اصفهان می شود.

بحث

در پژوهش حاضر نشان داده شد که درمان متمرکز بر شفقت موجب بهبود متوسط راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان افراد پس از قطع رابطه عاشقانه در شهر اصفهان می شود. یافته های این پژوهش همسو با نتایج پژوهش (۴۲) بود که در آن نیز نشان داده شد که شفقت به خود به عنوان یک راهبرد تنظیم شناختی هیجان سازگارانه عمل می کند. در پژوهشی دیگری نیز نشان داده شد که شفقت به خود حتی می تواند موثرتر از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت (پذیرش و آریایی مجدد) عمل

همان طور که در نمودار ۲ می توان مشاهده کرد، درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در شرکت کننده اول اثربخش بوده است ($PND=100\%$, $POD=0\%$). شاخص پایایی تغییر (RCI) برای شرکت کننده اول در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۲/۲۵ و ۱/۲۲ است ($Z < 1/96$) که با توجه به سطح معناداری ($p < 0/05$) مداخله اثربخش بوده است. همچنین، شاخص درصد بهبودی در شرکت کننده اول در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۵۱٪ و ۴۵٪ بوده است. این شاخص نشان می دهد شرکت کننده اول در مرحله مداخله، بهبودی خوب و در مرحله پیگیری بهبودی متوسط در روند درمان داشته است. درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در شرکت کننده دوم اثربخش بوده است ($PND=100\%$, $POD=0\%$). شاخص پایایی تغییر (RCI) برای شرکت کننده دوم در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۲/۱۰ و ۱/۹۶ است ($Z < 1/96$) که با توجه به سطح معناداری ($p < 0/05$) مداخله اثربخش بوده است. همچنین، شاخص درصد بهبودی در شرکت کننده دوم در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۵۰٪ و ۳۲٪ بوده است. این شاخص، بهبودی خوب در مرحله مداخله و بهبودی متوسط در مرحله پیگیری را نشان می دهد. در نهایت، درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در شرکت کننده سوم نیز اثربخش بوده است ($PND=100\%$, $POD=0\%$). شاخص پایایی تغییر (RCI) برای شرکت کننده

سرزنش خود و ناراحتی کنند. تعدیل احساسات به افراد کمک می کند تا با محیط سازگار شوند و فرد را در برخورد با مسائل کارآمدتر می کند و باعث می شود فرد تعادل عاطفی بیشتری را تجربه کند. بنابراین، درمان متمرکز بر شفقت می تواند انسجام هیجانی را تقویت کند، با رفتارهای سازگارانه جدید سازگار شود، احساسات مثبت و منفی را ارزیابی کند و تنظیم کلی هیجان را تقویت کند (۴۲).

نتایج پژوهش دیگری نشان داد (۵۰) شفقت به خود با اجتناب تجربه ای (به عنوان یک راهبرد منفی تنظیم هیجان) رابطه ی معکوس دارد و با افزایش شفقت به خود، راهبرد اجتناب تجربه ای کاهش می یابد. در پژوهش دیگری (۵۱) نیز نتایج به دست آمده همسو با پژوهش حاضر بود و در آن نشان داده شد که خودشفقتی با راهبردهای منفی شناختی تنظیم شناختی هیجان اجتناب و نشخوارفکری ارتباط معکوس و معنی دار دارد. تنظیم هیجان مطلوب ممکن است با راهبردهای دارای پیچیدگی کمتر آغاز شود و هر جایی که مورد نیاز بود به طور فزاینده پیچیده شود. نف و همکاران (۵۲) دریافتند که دانش آموزان دارای شفقت به خود بالاتر، هنگام شکست کمتر هیجان های خود را سرکوب می کردند و در عوض بیشتر از پذیرش و ارزیابی مجدد استفاده می کردند. به طور مشابهی، نشان داده شد که افزایش شفقت به خود با میزان پایین تر سرکوب فکر در تکلیف صندلی گشتالتی همراه بود که این نشان دهنده نقش تسهیل کننده ی شفقت به خود در دسترسی به هیجان ها و افکار بود به عبارت دیگر ویژگی منحصر به فرد درمان متمرکز بر شفقت این است که از تمریتان ذهن آگاهی بسیار بهره می برد، تکنیک های ذهن آگاهی ظرفیت های شناختی مرتبه بالاتری مانند تنظیم هیجانات را افزایش می دهد. به طور کلی، توانایی پذیرش لحظه حال (از طریق آگاهی ذهنی و اتخاذ موضعی غیرقضاوتی) با تحمل بیشتر هیجانات ناخوشایند و تمایل مداوم برای درگیر شدن در لحظه حال به جای سرکوب همراه است. درمان متمرکز بر شفقت شامل تمرینات، تشخیص و تحمل عمدی رنج دیگران است. این و سایر شیوه ها در درمان متمرکز بر شفقت صراحتاً مراجعان را تشویق می کند تا حتی در حضور رنج هم به صورت بین فردی درگیر شوند این ویژگی بر روی ارزیابی مجدد شناختی به عنوان یک راهبرد مثبت تنظیم هیجان موجب می شود مراجعان با تجربه قطع رابطه عاشقانه از طریق اصلاح معنای یک موقعیت برای کاهش واکنش هیجانی

کنند (۴۳). شفقت نیز همانند پذیرش و ارزیابی مجدد به عنوان یک استراتژی تنظیم احساسات شناخته شده است (۴۴). شفقت را می توان به عنوان یک رویکرد هیجانی برای مقابله دانست که در آن افراد آگاهیشان را معطوف اکتشاف و درک عواطف خود می کنند. در پژوهشی که بر روی بیماران افسرده انجام گرفت (۴۵) نتایج نشان داد که شفقت به خود موجب افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت از جمله ارزیابی مجدد می شود. تنظیم شناختی هیجان مثبت به کاربرد هدفمند و انعطاف پذیر مهارت های تنظیم شناختی هیجان با توجه شرایط محیطی اشاره دارد. یکی از این مهارت های تنظیم هیجان که با هدف اصلاح عواطف منفی مورد مطالعه قرار می گیرد، ارزیابی مجدد شناختی است (۴۶). در رابطه با نقش ارزیابی مجدد و راهبردهای مثبت شناختی تنظیم شناختی هیجان در کاهش مشکلات روانشناختی برخی بحث ها وجود دارد که این بحث ها حاکی از وجود برخی متغیرهای تعدیل کننده در این بین هستند که مهمترین آن ها شفقت به خود است (۴۵). دلایلی برای تبیین این که خود شفقتی می تواند برای تسهیل راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در افراد افسرده مورد استفاده قرار گیرد، شامل موارد زیر است. اول، دلسوزی شامل همدلی است که می تواند به عنوان یک پاسخ موثر عاطفی در نظر گرفته شود (۴۷). دوم، واکنش مشفقانه شامل یک نگرش حامی نسبت به رنج کشیدن فرد است که می توان آن را به عنوان یک مکانیسم متقابل در برابر خودانتقادگری در نظر گرفت (۴۸) و سوم، گرایش به عمل مرتبط با شفقت است که به فرد رنج دیده کمک می کند. بنابراین، شفقت به خود موجب تقویت انگیزه برای مشارکت در استراتژی های کمک به خود (از جمله راهبردهای مثبت تنظیم هیجان) می شود (۴۹). در تبیین تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی-هیجان، باید استدلال کرد که تنظیم شناختی-هیجانی، افراد را قادر می سازد تا با هیجانات منفی و مثبت سازگار شوند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند که چگونه احساسات خود را مدیریت کنند. شفقت به خود، آموزش توانایی به تعویق انداختن هیجانات ناخوشایند، توانایی دور شدن مناسب از یک هیجان منفی و توانایی کنترل عاقلانه هیجانات را افزایش می دهد و با اصلاح هیجانات منفی، تنظیم هیجانی افراد را افزایش می دهد. تلاش برای آگاهی از احساسات باعث می شود افراد خودآگاهتر و خودکنترل شوند و کمتر احساس ناامیدی،

مرحله از اعتبار آزمون تا حدی کاست. یکی از ملاک‌های درمان در این مطالعه این بود که افراد شرکت کننده در پژوهش اختلال جدی در محور یک یا دو نداشته باشند. لذا در تعمیم نتایج این پژوهش به افراد دارای اختلال باید احتیاط کرد؛ همچنین تعداد محدود شرکت‌کنندگان تعمیمی نتایج را با محدودیت روبه‌رو می‌کند بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی نمونه‌های بزرگتر و جامعه‌های دیگر نیز اجرا کرد و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه گردد. پیشنهاد می‌شود درمان متمرکز بر شفقت بر روی افراد با تجربه قطع رابطه ی عاشقانه که دارای اختلال شخصیت نیز هستند، اجرا شود. پیشنهاد می‌شود به منظور پیشگیری از شدت مشکلات ناشی از قطع رابطه عاشقانه و بالا بردن عملکرد افراد، مدل‌ها و برنامه‌هایی در زمینه‌ی آموزش ارتباطات قبل از ازدواج صورت گیرد.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده نویسنده اول که در دانشگاه اصفهان می باشد. همچنین نویسندگان بر خورد لازم می دانند از شرکت کنندگانی که در این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی کنند.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد

خود اقدام کنند. به طور کلی درمان متمرکز بر شفقت، با کاهش سرکوب هیجانی با تشویق افراد به تجربه هیجانات بدون قضاوت، بازداري، مسدود کردن یا پرت کردن حواس، بر فرآیندهای تنظیم هیجان تأثیر می‌گذارد (۵۳). در درمان متمرکز بر شفقت لحن احساسی خودبه خود از اهمیت بسیاری برخوردار است و یکی از ویژگیهای اصلی آن این است که افراد را به روشی منظم با ظرفیتهای هیجانی پیوند می‌زند و موجب رشد صدای حامی درونی می‌شود که با درک، پذیرش، گرمی، تشویق و محبت، مدام با فرد صحبت می‌کند. این ویژگی می‌تواند در گرفتاری‌های دشوار زندگی نقش ویژه‌ای ایفا کند.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان متمرکز بر شفقت این درمان از یک رویکرد «تقصیر تو نیست» برای کمک به مراجعان در درک اینکه ما از لحاظ اجتماعی شکل گرفته ایم، استفاده میکند و با تأکید بر اینکه سیستمهای هیجانی ما توسط تجربیات ما در زندگی تشکیل شده‌اند، به مراجعان کمک میکند با نگاهی متفاوت‌تر و مهربانانه‌تر به تجربیات آسیبزا و شرم‌آور خود بنگرند و به نسخه قویتر و رشد یافته تر و خودمختارتری از خود دست یابند. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی رو به رو بود. به عنوان نمونه، در این پژوهش، نمونه‌ها دختر بودند، که احتمال تعمیم اثربخشی این درمان روی پسران را کاهش می‌دهد، تکرار اجرای پرسش نامه در چندین

References

1. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*. 1995; 117 (3):497. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
2. Monroe SM, Rohde P, Seeley JR, Lewinsohn PM. Life events and depression in adolescence: relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*. 1999;108(4):606. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.606>
3. Sbarra DA. Predicting the onset of emotional recovery following nonmarital relationship dissolution: Survival analyses of sadness and anger. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2006;32(3):298-312. <https://doi.org/10.1177/0146167205280913>
4. Slotter EB, Gardner WL, Finkel EJ. Who Am I Without You? The Influence of Romantic Breakup on the Self-Concept. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2009;36(2):147-60. <https://doi.org/10.1177/0146167209352250/>
5. Battaglia DM, Richard FD, Datterli DL, Lord CG. Breaking Up is (Relatively) Easy to Do: A Script for the Dissolution of Close Relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1998;15(6):829-45. <https://doi.org/10.1177/0265407598156007/>
6. Field T. Romantic breakups, heartbreak and bereavement-Romantic breakups. *Psychology*. 2011;2(04):382 <https://doi.org/10.4236/psych.2011.24060>
7. Bloodgood M, editor Why do Breakups "Hurt?" 2016.
8. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies:

- A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*. 2010;48(10):974-83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
9. Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*. 2010;48(4):408-13. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.007>
10. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001;30(8):1311-27. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
11. Stikkelbroek Y, Bodden DH, Kleinjan M, Reijnders M, van Baar AL. Adolescent depression and negative life events, the mediating role of cognitive emotion regulation. *PloS one*. 2016;11(8):e0161062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161062>
12. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC. 2002. <https://doi.org/10.1037/t03801-000>
13. Gilbert P. A brief outline of the evolutionary approach for compassion focused therapy. 2017.
14. Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*. 2017;48(6):778-92. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
15. Di Bello M, Carnevali L, Petrocchi N, Thayer JF, Gilbert P, Ottaviani C. The compassionate vagus: A meta-analysis on the connection between compassion and heart rate variability. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2020;116:21-30. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.016>
16. Matos M, Duarte C, Duarte J, Pinto-Gouveia J, Petrocchi N, Basran J, et al. Psychological and physiological effects of compassionate mind training: a pilot randomised controlled study. *Mindfulness*. 2017;8(6):1699-712. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0745-7>
17. Petrocchi N, Cheli S. The social brain and heart rate variability: Implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2019;92(2):208-23. <https://doi.org/10.1111/papt.12224>
18. Gilbert P. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*: Routledge; 2005.
19. Gilbert P. Explorations into the nature and function of compassion. *Current opinion in psychology*. 2019;28:108-14. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.002>
20. Ledoux K. Understanding compassion fatigue: Understanding compassion. *Journal of advanced nursing*. 2015;71(9):2041-50. <https://doi.org/10.1111/jan.12686>
21. Depue RA, Morrone-Strupinsky JV. A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*. 2005;28(3):313-49. <https://doi.org/10.1017/S0140525X05000063>
22. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53 (1):6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
23. Moberg KU. *The hormone of closeness: the role of oxytocin in relationships*: Pinter & Martin Limited; 2013.
24. 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. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.004>
25. 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. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1390718>
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. Diedrich A, Burger J, Kirchner M, Berking M. Adaptive emotion regulation mediates the relationship between self-compassion and depression in individuals with unipolar depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017;90(3):247-63. <https://doi.org/10.1111/papt.12107>
30. hamid n, porsaleh 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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. https://doi.org/10.1007/978-3-030-13409-9_27
35. Rosse RB. *The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken heart*: Da Capo Lifelong Books; 2007.
36. Dehghani M, Atef-Vahid M-K, Gharaee B. Efficacy of short-term anxiety-regulating psychotherapy on love trauma syndrome. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2011;5(2):18.
37. Archer EM, Hagan LD, Mason J, Handel R, Archer RP. MMPI-2-RF characteristics of custody evaluation litigants. *Assessment*. 2012;19(1):14-20. <https://doi.org/10.1177/1073191110397469>
38. kamkari K, & shokrzadeh, S. Psychometric of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2RF). Publications of Islamic Azad University, Science and Research Branch. 2013.
39. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of clinical psychology*. 2010;2(3):73-84.
40. Irons C, Beaumont E. *The compassionate mind workbook: A step-by-step guide to developing your compassionate self*: Robinson; 2017.
41. Blanchard EB, Schwarz SP. Clinically significant changes in behavioral medicine. *Behavioral Assessment*. 1988.
42. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*. 2014;58:43-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006>
43. Ehret AM, Joormann J, Berking M. Self-compassion is more effective than acceptance and reappraisal in decreasing depressed mood in currently and formerly depressed individuals. *Journal of Affective Disorders*. 2018;226:220-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.006>
44. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2003;2(2):85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
45. Diedrich A, Hofmann SG, Cuijpers P, Berking M. Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*. 2016;82:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.04.003>
46. McRae K, Jacobs SE, Ray RD, John OP, Gross JJ. Individual differences in reappraisal ability: Links to reappraisal frequency, well-being, and cognitive control. *Journal of Research in Personality*. 2012;46(1):2-7. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.10.003>
47. Singer T, Lamm C. The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009;1156(1):81-96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
48. Mongrain M, Leather F. Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of clinical psychology*. 2006;62(6):705-13. <https://doi.org/10.1002/jclp.20263>
49. Berking M, Schwarz J. Affect regulation training. *Handbook of emotion regulation*. 2014;2:529-47. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1022-9>
50. Costa J, Pinto-Gouveia J. Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*. 2013;43(8):1578-91. <https://doi.org/10.1111/jasp.12107>
51. Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behav Ther*. 2013;44(3):501-13. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004>
52. Neff KD, Hsieh Y-P, DeJitterat K. Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self and Identity*. 2005;4:263 - 87. <https://doi.org/10.1080/13576500444000317>
53. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*. 2007;41(1):139-54. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>