

مقایسه درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت به خود بر نشانگان ضربه عشق و تحمل پریشانی در افراد دارای شکست عاطفی

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۳/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۶/۰۴

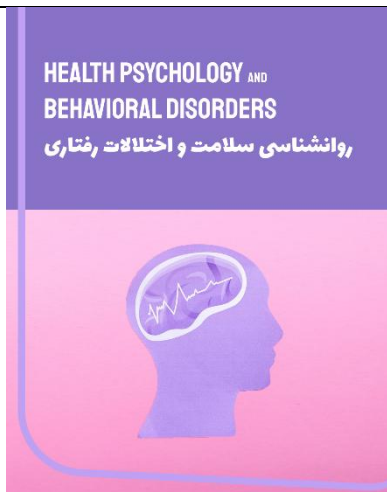
تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۳/۰۹

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت به خود بر نشانگان ضربه عشق و تحمل پریشانی در افراد دارای شکست عاطفی انجام شد. این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماه همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد دارای تجربه شکست عاطفی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۲۰۱۹ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۴۵ نفر به روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل درمان هیجان مدار، درمان مبتنی بر شفقت به خود و گروه کنترل گمارده شدند. گروه درمان هیجان مدار طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و گروه درمان مبتنی بر شفقت به خود طی ۸ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه ای تحت مداخله قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماند. داده ها با استفاده از پرسشنامه ضربه عشق و مقیاس تحمل پریشانی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گردآوری شدند. برای تحلیل داده ها از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اثر زمان و تعامل زمان × گروه برای نشانگان ضربه عشق معنادار بود، به ترتیب $F=434.350$, $p<.001$, $\eta^2=.812$ و $F=73.146$, $p<.001$, $\eta^2=.777$. همچنین اثر زمان و تعامل زمان × گروه برای تمامی مؤلفه های تحمل پریشانی معنادار بود؛ شامل تحمل پریشانی هیجانی، $F=463.941$ و $F=618.581$ ؛ جذب شدن در هیجانان منفی، $F=287.458$ و $F=488.542$ ؛ ارزیابی پریشانی، $F=479.401$ و $F=686.181$ ؛ و تنظیم پریشانی، $F=604.752$ و $F=520.224$ که در همه موارد $p<.001$ بود. آزمون بونفرونی نشان داد هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل مؤثر بودند، درمان مبتنی بر شفقت به خود در کاهش نشانگان ضربه عشق و درمان هیجان مدار در افزایش مؤلفه های تحمل پریشانی اثربخشی بیشتری داشتند. هر دو مداخله در بهبود پیامدهای روان شناختی شکست عاطفی مؤثر بودند، اما درمان مبتنی بر شفقت به خود برای کاهش نشانگان ضربه عشق و درمان هیجان مدار برای افزایش تحمل پریشانی مزیت نسبی بیشتری نشان دادند.

کلیدواژگان: درمان هیجان مدار، شفقت به خود، نشانگان ضربه عشق، تحمل پریشانی، شکست

عاطفی



نگار پسندیده^۱، جواد خلعتبری^{۱*}، حمیدرضا وطن خواه^۲

۱. گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی،

تنکابن، ایران

۲. گروه روان شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد

اسلامی، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

jkhalatbari@iaua.ac.ir

شیوه استناددهی: پسندیده نگار، خلعتبری، جواد، ثابت، مهرداد، و وطن خواه، حمیدرضا. (۱۴۰۶). مقایسه در مان هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت به خود بر نشانگان ضربه عشق و تحمل پریشانی در افراد دارای شکست عاطفی. روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری، ۵(۲)، ۱-۲۲.

Comparison of Emotion-Focused Therapy and Self-Compassion-Based Therapy on Love Trauma Symptoms and Distress Tolerance in Individuals Experiencing Romantic Breakup

Submit Date:
2026-05-30

Revise Date:
2026-08-26

Accept Date:
2026-09-04

Initial Publish Date:
2026-09-27

Final Publish Date:
2027-05-22

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and self-compassion-based therapy on love trauma symptoms and distress tolerance in individuals experiencing romantic breakup. This quasi-experimental study used a pretest-posttest design with a two-month follow-up, including two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of individuals with romantic breakup experiences who referred to counseling centers in Tehran in 2019. A total of 45 eligible participants were selected through convenience and purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15 participants: emotion-focused therapy, self-compassion-based therapy, and control. The emotion-focused therapy group received eight 90-minute sessions, while the self-compassion-based therapy group received eight 60- to 90-minute sessions. The control group remained on a waiting list. Data were collected using the Love Trauma Inventory and the Distress Tolerance Scale at pretest, posttest, and follow-up. Mixed analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc tests were used for data analysis. Mixed analysis of variance showed significant effects of time and time $\times$ group interaction for love trauma symptoms, $F=434.350$, $p<0.001$, $\eta^2=0.812$ and $F=73.146$, $p<0.001$, $\eta^2=0.777$, respectively. Significant effects of time and time $\times$ group were also found for all distress tolerance dimensions, including emotional distress tolerance, $F=463.941$ and $F=61.858$; absorption by negative emotions, $F=287.458$ and $F=48.542$; appraisal of distress, $F=479.401$ and $F=68.618$; and distress regulation, $F=604.752$ and $F=52.024$, with $p<0.001$ in all analyses. Bonferroni comparisons indicated that both interventions were significantly more effective than the control condition. Self-compassion-based therapy was more effective in reducing love trauma symptoms, whereas emotion-focused therapy produced greater improvement in distress tolerance dimensions. Both interventions were effective for psychological adjustment following romantic breakup; however, self-compassion-based therapy showed greater effectiveness for reducing love trauma symptoms, while emotion-focused therapy was more effective for enhancing distress tolerance.

Keywords: *Emotion-Focused Therapy, Self-Compassion, Love Trauma Symptoms, Distress Tolerance, Romantic Breakup*

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Negar Pasandideh¹, Javad Khalatbari^{1*},
Hamidreza Vatankhah²

1. Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

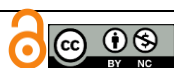
2. Department of Psychology, Branch, Islamic Azad University, west Tehran, Iran

*Corresponding
jkhalatbari@iau.ac.ir

Author's

Email:

How to cite: Pasandideh, N., Khalatbari, J., & Vatankhah, H. (2027). Comparison of Emotion-Focused Therapy and Self-Compassion-Based Therapy on Love Trauma Symptoms and Distress Tolerance in Individuals Experiencing Romantic Breakup. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 5(2), 1-22.



روابط عاطفی یکی از مهم‌ترین عرصه‌های تجربه انسانی محسوب می‌شوند و نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری احساس تعلق، امنیت روان‌شناختی، هویت فردی و رضایت از زندگی دارند. ورود به یک رابطه عاطفی معمولاً با سرمایه‌گذاری هیجانی، شناختی و رفتاری قابل توجه همراه است و افراد در جریان رابطه بخشی از نیازهای دلبستگی، صمیمیت، حمایت و معنای شخصی خود را از طریق تعامل با شریک عاطفی تأمین می‌کنند. از این‌رو، گسست ناگهانی یا ناخواسته یک رابطه می‌تواند به عنوان یک رویداد فشارزای بین‌فردی تجربه شود و پیامدهایی فراتر از یک ناراحتی گذرا ایجاد کند. شکست عاطفی در بسیاری از افراد با احساس فقدان، طردشدگی، بی‌ارزشی، خشم، غم، نشخوار ذهنی و دشواری در سازگاری مجدد همراه است و شدت این واکنش‌ها تا حد زیادی به کیفیت رابطه، نوع دلبستگی، شیوه پردازش هیجانی و منابع درون‌فردی شخص بستگی دارد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که ویژگی‌هایی مانند خودشفقتی، شناخت منسجم از خود و کیفیت روابط موضوعی می‌توانند با شدت تجربه ضربه عشقی ارتباط داشته باشند و افراد دارای سطوح متفاوت نشانگان ضربه عشق، در برخی ویژگی‌های روان‌شناختی اساسی نیز با یکدیگر تفاوت دارند (Etesamifard & Alaviniya, 2025). همچنین، شواهد نشان می‌دهد که نوع سبک دلبستگی، احساس ارزشمندی شخصی و ظرفیت پذیرش و شفقت نسبت به خود می‌تواند در نحوه ارزیابی افراد از کیفیت زندگی و روابط عاطفی نقش داشته باشد (Deniz & Yıldırım Kurtuluş, 2023).

یکی از مفاهیم مهم برای توصیف پیامدهای روان‌شناختی جدایی عاطفی، نشانگان ضربه عشق است. این مفهوم به مجموعه‌ای از واکنش‌های شدید جسمانی، هیجانی، شناختی و رفتاری اشاره دارد که پس از پایان یک رابطه عاطفی معنادار ظاهر می‌شوند. فرد ممکن است پس از شکست عاطفی با غم شدید، احساس پوچی، کاهش تمرکز، افکار تکراری درباره شریک پیشین، اختلال خواب، تغییرات اشتها، کاهش انگیزه، احساس ناامیدی و دشواری در بازگشت به فعالیت‌های معمول زندگی مواجه شود. در برخی افراد، این نشانگان با گذشت زمان کاهش می‌یابند، اما در گروهی دیگر، شدت و استمرار آنها می‌تواند عملکرد روزمره، روابط بین‌فردی و سلامت روان را به طور جدی تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه شکست عاطفی نشان داده‌اند که نشانگان ضربه عشق با ویژگی‌های تنظیم هیجانی و منابع روان‌شناختی فرد ارتباط دارد و مداخلات روان‌شناختی می‌توانند در کاهش این نشانگان مؤثر باشند (Nejad Rodani & Shahbazi, 2023). همچنین در زنان دانشجو که تجربه شکست عاطفی داشته‌اند، خودشفقتی یکی از متغیرهای مرتبط با شدت نشانگان ضربه عشق گزارش شده است و کاهش ظرفیت پذیرش و مهربانی با خود می‌تواند با شدت بیشتر آشفتگی پس از جدایی همراه باشد (Amanelahi et al., 2015).

تجربه شکست عاطفی نه تنها با شدت هیجان‌های منفی، بلکه با توانایی فرد برای تحمل این هیجان‌ها ارتباط دارد. در این زمینه، تحمل پریشانی یکی از سازه‌های مهم برای درک تفاوت‌های فردی در واکنش به موقعیت‌های عاطفی دشوار است. تحمل پریشانی به ظرفیت فرد برای تجربه و ادامه مواجهه با حالات هیجانی ناخوشایند بدون روی آوردن سریع به واکنش‌های ناکارآمد اطلاق می‌شود. افرادی که تحمل پریشانی پایین‌تری دارند، هیجان‌های منفی را طاقت‌فرسا، کنترل‌ناپذیر و تهدیدکننده ارزیابی می‌کنند و ممکن است در مواجهه با غم، تنهایی، طرد یا اضطراب ناشی از جدایی، با آشفتگی بیشتری روبه‌رو شوند. در مقابل، افراد دارای تحمل پریشانی بالاتر قادرند تجربه هیجانی ناخوشایند را بدون از دست دادن کامل کنترل رفتاری یا شناختی تحمل کنند و به تدریج برای سازگاری با شرایط جدید اقدام نمایند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل پریشانی با متغیرهایی مانند خودشفقتی، ذهن‌آگاهی و احساس گناه ارتباط دارد و منابع درونی حمایت‌کننده می‌توانند ظرفیت افراد برای تحمل هیجان‌های دشوار را افزایش دهند (Nouri Ghaleh Alikhani et al., 2025). همچنین در بررسی فرایندهای مرتبط با شرم درونی‌شده و وابستگی به رابطه، تحمل پریشانی در کنار خودشفقتی به عنوان یکی از سازوکارهای روان‌شناختی مهم مطرح شده است (Park & Lee, 2024).

اهمیت تحمل پریشانی زمانی بیشتر مشخص می‌شود که فرد با رویدادهای بین‌فردی غیرقابل کنترل مانند طرد یا پایان رابطه روبه‌رو می‌شود. شکست عاطفی اغلب وضعیتی است که فرد در آن امکان بازگرداندن فوری شرایط قبلی را ندارد و ناچار است برای مدتی با احساس فقدان،

بلا تکلیفی و درد روان‌شناختی زندگی کند. در چنین شرایطی، پایین بودن تحمل پریشانی می‌تواند باعث شود فرد تجربه هیجانی خود را غیرقابل تحمل تلقی کند و در نتیجه سطح آشفتگی روان‌شناختی افزایش یابد. از سوی دیگر، رشد توانایی تحمل هیجان‌های منفی می‌تواند به فرد کمک کند تا بدون فرورفتن کامل در رنج عاطفی، تجربه خود را پردازش کرده و به تدریج با واقعیت جدایی سازگار شود. مطالعات جدید نیز نشان داده‌اند که تحمل پریشانی در ارتباط میان انگیزش مشفقانه و بهزیستی روان‌شناختی نقش مهمی دارد و توانایی باقی ماندن در کنار تجربه‌های هیجانی دشوار می‌تواند یکی از مسیرهای مؤثر برای حفظ عملکرد روانی سالم باشد (Walton et al., 2024). همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که مداخلات مبتنی بر شفقت می‌توانند بر تحمل پریشانی اثرگذار باشند و این سازه به عنوان یکی از پیامدهای مهم درمان‌های شفقت‌محور مورد توجه قرار گرفته است (Saidi et al., 2024; Yavari et al., 2024).

در میان مداخلات روان‌شناختی قابل استفاده برای مشکلات مرتبط با شکست عاطفی، درمان هیجان‌مدار جایگاه ویژه‌ای دارد. این رویکرد بر این فرض استوار است که هیجان‌ها صرفاً پیامدهای ثانویه رویدادها نیستند، بلکه نقش سازمان‌دهنده مهمی در شناخت، رفتار و روابط دارند. هدف درمان هیجان‌مدار کمک به مراجع برای شناسایی، تجربه، پذیرش، تنظیم و بازسازی هیجان‌های ناسازگار است. در این درمان، افراد یاد می‌گیرند بین هیجان‌های اولیه و ثانویه تمایز قائل شوند، نیازهای زیربنایی خود را شناسایی کنند و تجربه هیجانی را به جای سرکوب یا اجتناب، به صورت سازنده پردازش نمایند. چنین سازوکاری می‌تواند در افرادی که پس از شکست عاطفی با مجموعه‌ای از هیجان‌های پیچیده و متناقض مانند غم، خشم، دلتنگی، احساس طردشدگی و ناامیدی مواجه هستند، اهمیت خاصی داشته باشد. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که درمان هیجان‌مدار می‌تواند در زنان دارای تجربه شکست رابطه عاطفی موجب بهبود تنظیم شناختی هیجان شود (Karaminezhad et al., 2017). همچنین این درمان در زنان دارای افسردگی پس از شکست رابطه، بر کاهش درد روانی و سایر پیامدهای هیجانی ناسازگار مؤثر گزارش شده است (Ertezaee et al., 2023).

کارکرد درمان هیجان‌مدار تنها به موقعیت شکست عاطفی محدود نمی‌شود و شواهد حاصل از زمینه‌های مختلف بالینی نیز بر ظرفیت این رویکرد برای اصلاح فرایندهای هیجانی تأکید دارند. برای نمونه، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان هیجان‌مدار می‌تواند تحمل پریشانی را در افراد دارای مشکلات متفاوت روان‌شناختی افزایش دهد. در زنان دارای نشانه‌های پرخاشگری، اجرای این درمان با افزایش تحمل پریشانی و تاب‌آوری همراه بوده است (Hasani Rad et al., 2025). همچنین در مادران دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن، درمان هیجان‌مدار موجب بهبود تحمل پریشانی گزارش شده است (Mikaeili et al., 2025). در مطالعه‌ای دیگر، اجرای گروهی درمان هیجان‌مدار در زنان مبتلا به سرطان پستان با کاهش اضطراب مرگ و افزایش تحمل پریشانی همراه بوده است (Biriay et al., 2026). این یافته‌ها نشان می‌دهد که کار بر هیجان‌های اصلی و بازپردازش تجربه‌های عاطفی می‌تواند ظرفیت تحمل حالات هیجانی دشوار را افزایش دهد و از این منظر، استفاده از درمان هیجان‌مدار برای افراد دارای شکست عاطفی از پشتوانه نظری و تجربی مناسبی برخوردار است.

مطالعات مربوط به روابط زوجی نیز نقش درمان هیجان‌مدار را در بازسازی الگوهای عاطفی تأیید کرده‌اند. در پژوهش‌هایی که این درمان با رویکردهای دیگر مقایسه شده است، تغییر در الگوهای عشق، کیفیت روابط و فرایندهای هیجانی گزارش شده است. برای نمونه، درمان هیجان‌مدار در مقایسه با زوج‌درمانی شناختی - رفتاری توانسته است بر طرح‌واره‌های عشق زنان متأهل اثرگذار باشد (Shahmoradi et al., 2021). در مطالعه‌ای دیگر، درمان هیجان‌مدار در زنان دارای میل جنسی پایین در قالب مقایسه با یک بسته آموزشی مبتنی بر نیاز مورد بررسی قرار گرفته و نتایج بر اهمیت پردازش هیجانی در بهبود تجربه‌های رابطه‌ای تأکید داشته است (Shabaninia et al., 2025). همچنین مقایسه واقعیت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار در زنان دارای پریشانی زناشویی نشان داده است که رویکردهای متمرکز بر هیجان می‌توانند بر فرایندهای شناختی و هیجانی مرتبط با مشکلات رابطه‌ای اثرگذار باشند (Toohe et al., 2025). بنابراین، از آنجا که شکست عاطفی اغلب حاصل فروپاشی یک پیوند هیجانی معنادار است، رویکردی که مستقیماً بر بازشناسی و پردازش تجربه هیجانی تمرکز دارد، می‌تواند در کاهش پیامدهای این رویداد مؤثر واقع شود.

در کنار درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر شفقت به خود نیز یکی از رویکردهای مهم برای مداخله در مشکلات هیجانی و بین‌فردی به شمار می‌رود. شفقت به خود به توانایی فرد برای مواجهه با درد، نقص، ناکامی و رنج شخصی با نگرشی پذیرا، مهربانانه و غیرقضاوتی اشاره دارد. در تجربه شکست عاطفی، افراد ممکن است نه تنها از فقدان رابطه رنج ببرند، بلکه خود را به دلیل پایان رابطه سرزنش کنند، احساس بی‌ارزشی داشته باشند یا شکست را نشانه نقص شخصی تلقی کنند. در چنین وضعیتی، رویکرد مبتنی بر شفقت می‌کوشد رابطه فرد با تجربه دردناک خود را تغییر دهد و به جای خصومت، قضاوت یا غرق شدن در هیجان، پاسخ‌هایی مبتنی بر مهربانی، درک مشترک انسانی و توجه متعادل ایجاد کند. مطالعات مرتبط با شکست عاطفی نشان داده‌اند که خودشفقتی با سازگاری پس از جدایی ارتباط دارد و می‌تواند به عنوان یکی از منابع روان‌شناختی مهم در فرایند بازیابی پس از پایان رابطه عمل کند (Firinci, 2019).

مبنای درمانی رویکردهای شفقت‌محور بر این دیدگاه استوار است که بسیاری از واکنش‌های شدید هیجانی در شرایط تهدید، از فعال شدن سیستم‌های دفاعی و تهدیدمحور ناشی می‌شوند و فرد می‌تواند از طریق تقویت احساس امنیت، آرام‌سازی و مراقبت از خود، تعادل بیشتری در سیستم تنظیم هیجان ایجاد کند. در فردی که شکست عاطفی را تجربه کرده است، خاطرات شریک سابق، ترس از تنهایی، احساس طردشدگی یا نگرانی درباره آینده می‌تواند به طور مکرر سیستم تهدید را فعال کند. تمرین‌های شفقت‌محور، مانند تنفس آرام‌بخش، توجه مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه و رفتار حمایت‌گرانه نسبت به خود، می‌تواند به فرد کمک کند تا شدت پاسخ‌های تهدیدمحور را کاهش داده و هیجان‌های دشوار را با تحمل بیشتری تجربه کند. یافته‌های پژوهشی نیز نشان داده‌اند که مداخلات شفقت‌محور می‌توانند تحمل پریشانی را در گروه‌های مختلف افزایش دهند (Saidi et al., 2024; Yavari et al., 2024). از سوی دیگر، رابطه میان شفقت، دلبستگی و رضایت از زندگی نیز مورد تأیید قرار گرفته و شواهد حاکی از آن است که ترس از شفقت و ظرفیت دوست داشتن خود می‌تواند در پیامدهای روان‌شناختی الگوهای دلبستگی نقش میانجی ایفا کند (Deniz & Yildirim Kurtuluş, 2023).

در زمینه مستقیم شکست عاطفی نیز پژوهش‌های موجود از کاربرد مداخلات مبتنی بر شفقت حمایت می‌کنند. در یک مطالعه، درمان متمرکز بر شفقت با درمان بهزیستی در دانشجویان دختر دارای شکست عاطفی مقایسه شد و نتایج نشان داد که رویکرد مبتنی بر شفقت می‌تواند برخی منابع مثبت روان‌شناختی را در این گروه بهبود بخشد (Ahmadpour et al., 2017). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که خودشفقتی با شدت کمتر نشانگان ضربه عشق همراه است (Amanelahi et al., 2015) و افراد دارای سطوح متفاوت ضربه عشقی از نظر خودشفقتی و برخی شاخص‌های مربوط به سازمان روان‌شناختی تفاوت دارند (Etesamifard & Alaviniya, 2025). این مجموعه یافته‌ها نشان می‌دهد که تقویت یک نگرش مهربانانه و پذیرا نسبت به خود می‌تواند در کاهش پیامدهای هیجانی شکست عاطفی مؤثر باشد. افزون بر این، شواهد مربوط به رابطه بین خودشفقتی و تحمل پریشانی نشان می‌دهد که افزایش شفقت نسبت به خود می‌تواند تحمل تجربه‌های ناخوشایند را تسهیل کرده و احتمال غرق شدن فرد در واکنش‌های هیجانی شدید را کاهش دهد (Nouri Ghaleh Alikhani et al., 2025; Park & Lee, 2024).

با وجود این، درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت به خود از نظر مسیر مداخله یکسان نیستند. درمان هیجان‌مدار بیشتر بر شناسایی، فعال‌سازی، تجربه و تبدیل هیجان‌های ناسازگار تمرکز دارد و می‌کوشد از طریق دسترسی مستقیم به تجربه هیجانی و بازسازی آن، تغییر ایجاد کند. در مقابل، درمان مبتنی بر شفقت به خود بیشتر بر تغییر کیفیت رابطه فرد با رنج، تقویت سیستم آرام‌سازی، کاهش قضاوت نسبت به خود و ایجاد شیوه‌ای حمایت‌گرانه برای مواجهه با هیجان‌های دشوار تأکید می‌کند. از این منظر، ممکن است این دو درمان بر ابعاد مختلف پیامدهای شکست عاطفی اثرهای متفاوتی داشته باشند. برای مثال، رویکرد هیجان‌مدار به دلیل تأکید مستقیم بر تجربه و تنظیم هیجان ممکن است اثر برجسته‌تری بر تحمل پریشانی داشته باشد، در حالی که درمان مبتنی بر شفقت به خود ممکن است از طریق کاهش تهدید درونی و تقویت پذیرش نسبت به خود، در کاهش شدت نشانگان ضربه عشق نقش مهم‌تری ایفا کند. شواهد موجود درباره درمان‌های هیجان‌محور مبتنی

بر شفقت نیز نشان می‌دهد که ترکیب فرایندهای هیجانی و شفقت‌محور می‌تواند تحمل پریشانی و سایر شاخص‌های سازگاری روان‌شناختی را در زنان درگیر بحران‌های رابطه‌ای بهبود دهد (Heydari et al., 2026).

از سوی دیگر، بخش قابل‌توجهی از مطالعات پیشین هر یک از این دو رویکرد را به صورت مستقل بررسی کرده‌اند و مطالعات مقایسه‌ای مستقیم در افراد دارای شکست عاطفی هنوز محدود است. برخی پژوهش‌ها اثربخشی درمان هیجان‌مدار را بر تنظیم هیجان، درد روانی و تحمل پریشانی نشان داده‌اند (Ertezaee et al., 2023; Hasani Rad et al., 2025; Karaminezhad et al., 2017) و گروه دیگری از مطالعات بر نقش شفقت در سازگاری، بهزیستی، تحمل پریشانی و پیامدهای مربوط به شکست عاطفی تأکید کرده‌اند (Ahmadpour et al., 2017; Firinci, 2019; Walton et al., 2024). همچنین، مقایسه مداخلات مختلف در مشکلات عاطفی نشان داده است که پاسخ افراد به درمان می‌تواند بسته به سازوکار اصلی مداخله متفاوت باشد (Nejad Rodani & Shahbazi, 2023). بنابراین، بررسی همزمان دو درمانی که هر دو بر هیجان تمرکز دارند اما از مسیرهای متفاوتی عمل می‌کنند، می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره انتخاب مداخله مناسب در درمان افراد دارای شکست عاطفی فراهم سازد.

اهمیت این مقایسه زمانی بیشتر می‌شود که توجه شود شکست عاطفی یک تجربه چندبعدی است و صرفاً با کاهش یک علامت مشخص نمی‌توان بهبودی را ارزیابی کرد. فرد ممکن است از یک سو شدت نشانگان مرتبط با ضربه عشق را تجربه کند و از سوی دیگر در تحمل حالت‌های هیجانی ناخوشایند مشکل داشته باشد. بنابراین، مداخله مطلوب باید بتواند هم شدت آشفتگی ناشی از جدایی را کاهش دهد و هم ظرفیت فرد را برای تحمل و تنظیم هیجان‌های دشوار افزایش دهد. یافته‌های پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که رویکردهای هیجان‌مدار می‌توانند تحمل پریشانی را بهبود دهند (Biriya et al., 2026; Mikaeili et al., 2025) و رویکردهای مبتنی بر شفقت نیز از طریق افزایش منابع درونی و ایجاد نگرش حمایت‌گراانه‌تر نسبت به خود، بر سازگاری هیجانی مؤثرند (Park & Lee, 2024; Yavari et al., 2024). با این حال، مشخص نیست که در افراد دارای تجربه شکست عاطفی، کدام رویکرد در کاهش نشانگان ضربه عشق و کدام یک در افزایش تحمل پریشانی اثربخشی بیشتری دارد و آیا این آثار در دوره پیگیری نیز باقی می‌مانند.

با توجه به پیامدهای گسترده شکست عاطفی بر سلامت روان، روابط آینده و عملکرد فردی و با در نظر گرفتن ضرورت استفاده از مداخلات مبتنی بر شواهد، مقایسه درمان‌هایی که از سازوکارهای متفاوت ولی مرتبط با فرایندهای هیجانی بهره می‌برند، از اهمیت بالینی و پژوهشی برخوردار است. درمان هیجان‌مدار از طریق پردازش و بازسازی هیجانات و درمان مبتنی بر شفقت به خود از طریق ایجاد نگرش مشفقانه، تنظیم سیستم تهدید و تقویت تحمل تجربه‌های دشوار می‌توانند دو مسیر متفاوت برای بهبود پیامدهای شکست عاطفی فراهم کنند. همچنین، با توجه به نتایج امیدوارکننده پژوهش‌های پیشین درباره نقش درمان هیجان‌مدار در روابط و مشکلات عاطفی (Shabaninia et al., 2025) و شواهد موجود درباره نقش شفقت در سازگاری با جدایی و افزایش تحمل پریشانی (Shahmoradi et al., 2021; Toope et al., 2025) و (Amanelahi et al., 2015; Saidi et al., 2024; Walton et al., 2024)، انجام مطالعه‌ای مقایسه‌ای می‌تواند به روشن شدن مزیت نسبی این دو مداخله کمک کند.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت به خود بر نشانگان ضربه عشق و تحمل پریشانی در افراد دارای شکست عاطفی بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. در این طرح، شرکت‌کنندگان در سه گروه شامل درمان هیجان‌مدار، گروه درمان مبتنی بر شفقت به خود و گروه کنترل قرار گرفتند و متغیرهای نشانگان ضربه عشق و تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد اندازه‌گیری قرار

گرفتند. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد دارای تجربه شکست عاطفی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۲۰۱۹ تشکیل دادند که تعداد آنان بر اساس اطلاعات مراکز مورد بررسی ۱۳۸ نفر بود. در مرحله نمونه گیری، ابتدا ۴۸ نفر از افراد دارای تجربه شکست عاطفی که از سوی مراکز مشاوره معرفی شده بودند، به روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند وارد مرحله اولیه مطالعه شدند. این افراد از طریق مصاحبه بالینی و اجرای ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی و غربالگری قرار گرفتند. پس از بررسی معیارهای ورود و خروج و کنار گذاشتن افرادی که شرایط لازم برای حضور در پژوهش را نداشتند، ۴۵ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. سپس این ۴۵ نفر به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل گروه آزمایش درمان هیجان مدار، گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت به خود و گروه کنترل گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن تجربه شکست عاطفی در یک رابطه عاطفی معنادار، وجود سطح قابل توجهی از مشکلات هیجانی مرتبط با شکست عاطفی بر اساس مصاحبه و ابزارهای غربالگری، نداشتن اختلالات شدید روان شناختی بر اساس مصاحبه بالینی، تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش و امکان حضور منظم در جلسات درمانی بود. همچنین، غیبت مکرر در جلسات درمانی، عدم مشارکت مؤثر در فرایند درمان، عدم انجام تکالیف تعیین شده، بروز رویدادهای پیش بینی نشده ای که ادامه شرکت در پژوهش را مختل می کرد و انصراف داوطلبانه از ادامه همکاری به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند. پس از انتخاب نمونه، اهداف و مراحل اجرای پژوهش برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و ضمن تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، رضایت آگاهانه آنان برای شرکت در مطالعه اخذ شد. در مرحله پیش آزمون، شرکت کنندگان هر سه گروه پرسشنامه نشانگان ضربه عشق و مقیاس تحمل پریشانی را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش اول طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان هیجان مدار و گروه آزمایش دوم طی ۸ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه ای تحت درمان مبتنی بر شفقت به خود قرار گرفتند. جلسات به صورت هفتگی در کلینیک راه رشد برگزار شد و گروه کنترل در طول این مدت در فهرست انتظار قرار داشت و مداخله روان شناختی پژوهش را دریافت نکرد. پس از پایان مداخلات، پس آزمون برای هر سه گروه اجرا شد و ۲ ماه بعد نیز مرحله پیگیری با اجرای مجدد ابزارهای پژوهش انجام گرفت. برای رعایت اصول اخلاق پژوهش، شرکت کنندگان از اختیاری بودن مشارکت و امکان خروج از مطالعه در هر زمان آگاه شدند و به اعضای گروه کنترل نیز پس از پایان مراحل پژوهش امکان استفاده از خدمات درمانی و آموزشی مرکز به صورت رایگان یا با شرایط ترجیحی پیشنهاد شد.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی. به منظور بررسی ویژگی های عمومی شرکت کنندگان، از یک فرم اطلاعات جمعیت شناختی استفاده شد. این فرم برای جمع آوری اطلاعات پایه مرتبط با ویژگی های فردی و اجتماعی شرکت کنندگان طراحی شده بود و اطلاعاتی مانند سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و برخی ویژگی های مرتبط با سابقه رابطه عاطفی و تجربه شکست عاطفی را دربر می گرفت. اطلاعات حاصل از این فرم عمدتاً برای توصیف ویژگی های نمونه پژوهش و بررسی وضعیت اولیه شرکت کنندگان مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه ضربه عشق. برای سنجش نشانگان ناشی از شکست عاطفی از پرسشنامه ضربه عشق یا Love Trauma Inventory استفاده شد که توسط راس در سال ۱۹۹۹ تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۱۰ ماده است و با هدف ارزیابی شدت واکنش های ناشی از تجربه جدایی و شکست در یک رابطه عاطفی طراحی شده است. محتوای پرسشنامه ابعاد مختلف آشفتگی ناشی از شکست عاطفی از جمله واکنش های جسمانی، هیجانی، شناختی و رفتاری را مورد ارزیابی قرار می دهد. هر ماده بر اساس یک طیف ۴ درجه ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود و مواد ۱ و ۲ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. مجموع نمرات بیانگر شدت نشانگان ضربه عشق است و افزایش نمره نشان دهنده شدت بیشتر مشکلات ناشی از شکست عاطفی است. نمره ۲۰ به عنوان نقطه برش این پرسشنامه در نظر گرفته شده است. راس در بررسی ویژگی های روان سنجی ابزار، ضریب همسانی درونی آن را در یک نمونه ۴۸ نفری برابر با ۰.۸۱ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را با فاصله یک هفته برابر با ۰.۸۳ گزارش کرد. در نسخه فارسی نیز شواهد مناسبی در زمینه پایایی و روایی ابزار به دست آمده است. دهقانی ضریب همسانی درونی ۰.۸۱ و پایایی بازآزمایی ۰.۸۳ را گزارش کرد. همچنین، امان الهی و همکاران در بررسی روایی همگرایی ابزار نشان دادند که نمرات نشانگان ضربه عشق با نمرات افسردگی بک همبستگی ۰.۶۴ و با بخش صفت پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر همبستگی ۰.۶۱ دارد و ضریب

آلفای کرونباخ ابزار نیز ۰,۷۸ به دست آمد. در پژوهش آقاجانی و همکاران نیز ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰,۸۴ گزارش شده است. بر این اساس، این پرسشنامه در پژوهش حاضر برای ارزیابی شدت نشانگان ضربه عشق در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس تحمل‌پریشانی. برای ارزیابی تحمل‌پریشانی از مقیاس تحمل‌پریشانی یا Distress Tolerance Scale ساخته‌شده سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ استفاده شد. این ابزار دارای ۱۵ گویه است و ظرفیت فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی ناخوشایند را ارزیابی می‌کند. گویه‌های مقیاس ابعاد مختلف تحمل‌پریشانی شامل تحمل‌پریشانی هیجانی، میزان جذب شدن توسط هیجانات منفی، ارزیابی ذهنی فرد از پریشانی و تلاش‌های تنظیمی برای کاهش یا تسکین پریشانی را مورد سنجش قرار می‌دهند. به این ترتیب، این مقیاس چهار خرده‌مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم را شامل می‌شود. پاسخ‌دهندگان میزان موافقت خود با هر گویه را بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۵ مشخص می‌کنند. نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر توانایی بیشتر فرد در تحمل حالت‌های پریشان‌کننده و هیجانات ناخوشایند است. سیمونز و گاهر ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این ابزار را به ترتیب برابر با ۰,۷۲، ۰,۸۲، ۰,۷۸ و ۰,۷۰ و ضریب آلفای کل مقیاس را ۰,۸۲ گزارش کردند. همچنین، ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای ابزار پس از گذشت ۶ ماه برابر با ۰,۶۱ به دست آمد و شواهد مناسبی برای روایی ملاکی و همگرایی آن گزارش شد. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی، عزیزی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار را ۰,۶۷۲ گزارش کردند و ضریب پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس برابر با ۰,۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب برابر با ۰,۷۱، ۰,۶۹، ۰,۷۷ و ۰,۷۳ به دست آمد. همچنین، روایی همزمان مقیاس از طریق بررسی روابط آن با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه علی‌محمدی و همکاران نیز ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد این ابزار در دامنه ۰,۵۹ تا ۰,۷۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر، نمره کل این مقیاس به عنوان شاخص تحمل‌پریشانی شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد استفاده قرار گرفت.

مداخله درمان هیجان‌مدار در پژوهش حاضر بر مبنای اصول درمان هیجان‌مدار گرینبرگ و گلر و متناسب با مشکلات هیجانی افراد دارای تجربه شکست عاطفی تدوین و طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی اجرا شد. در جلسه نخست، پس از برقراری رابطه درمانی و ایجاد فضای ایمن، اهداف و قوانین جلسات توضیح داده شد و تجربه شکست عاطفی، شرایط رابطه ازدست‌رفته، هیجانات غالب و انتظارات فرد از درمان مورد بررسی قرار گرفت. در جلسه دوم، شرکت‌کنندگان با مبانی درمان هیجان‌مدار و نقش هیجانات در تجربه شکست عاطفی آشنا شدند و الگوهای هیجانی تکرارشونده، محرک‌های فعال‌کننده درد عاطفی و شیوه‌های پاسخ‌دهی فرد به یادآوری رابطه شناسایی شد. در جلسه سوم، تمرکز درمان بر شناسایی هیجانات اولیه و ثانویه مرتبط با جدایی قرار گرفت و شرکت‌کنندگان آموختند هیجاناتی مانند غم، خشم، ترس، احساس تنهایی و طردشدگی را از واکنش‌های ثانویه و دفاعی متمایز سازند و نیازهای هیجانی زیربنایی خود را شناسایی کنند. در جلسه چهارم، هیجانات و نیازهایی که در جریان رابطه یا پس از جدایی نادیده گرفته یا سرکوب شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند و شرکت‌کنندگان برای تجربه، نام‌گذاری و بیان سازگاران هیجانات خود تشویق شدند. در جلسه پنجم، توجه بیشتری به هیجانات زیربنایی، معانی شخصی جدایی و نیازهای ارضانده عاطفی اختصاص یافت و از فنون تجربه‌ای برای افزایش آگاهی هیجانی، پذیرش تجربه عاطفی و بازسازی معنای شکست استفاده شد. در جلسه ششم، بیان نیازهای عاطفی، خواسته‌های تحقق‌نیافته و احساسات حل‌نشده تسهیل شد و شرکت‌کنندگان به سوی ایجاد شیوه‌های سازگاران‌تر پاسخ‌دهی به محرک‌های عاطفی و برقراری ارتباط سالم‌تر با هیجانات خود هدایت شدند. در جلسه هفتم، الگوهای جدید پاسخ‌دهی هیجانی تثبیت و شیوه‌های جایگزین برای مواجهه با خاطرات، افکار و محرک‌های مربوط به رابطه گذشته تمرین شد و بر افزایش توانایی فرد برای مدیریت موقعیت‌های هیجان‌برانگیز بدون بازگشت به الگوهای ناکارآمد پیشین تأکید شد. در جلسه هشتم، تغییرات ایجادشده در طول درمان مرور و تثبیت شد، تفاوت میان شیوه مواجهه فرد با شکست عاطفی در آغاز و پایان درمان بررسی گردید، راهبردهای پیشگیری

از بازگشت مشکلات هیجانی مرور شد و برنامه‌ای برای ادامه استفاده از مهارت‌های کسب‌شده در زندگی روزمره تدوین گردید. پس از پایان این جلسه، مرحله پس‌آزمون اجرا شد.

مداخله درمان مبتنی بر شفقت به خود در پژوهش حاضر با اقتباس از چارچوب درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت در سال ۲۰۱۴ و با تمرکز بر نحوه مواجهه مشفقانه با رنج ناشی از شکست عاطفی در قالب ۸ جلسه هفتگی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در جلسه نخست، رابطه درمانی مبتنی بر امنیت، پذیرش و احترام شکل گرفت، مشکل هر فرد با توجه به تجربه شکست عاطفی مفهوم‌سازی شد و مفهوم شفقت، شفقت به خود و اصول اصلی رویکرد درمانی برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. در جلسه دوم، سه نظام اصلی تنظیم هیجان شامل نظام تهدید، نظام انگیزش و دستیابی و نظام آرام‌سازی و ایمنی معرفی شدند و شرکت‌کنندگان آموختند که تجربه جدایی و فقدان عاطفی چگونه می‌تواند نظام تهدید را به صورت مداوم فعال سازد؛ همچنین تفاوت میان ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق مورد بررسی قرار گرفت. در جلسه سوم، مدل مغز قدیم، مغز جدید و ذهن آگاه معرفی شد و نقش فرایندهای تکاملی در شکل‌گیری واکنش‌های هیجانی غیرارادی توضیح داده شد؛ سپس تمرین تنفس با ریتم آرام‌بخش، توجه‌آگاهی و تمرین‌های حضور آگاهانه آموزش داده شد تا فرد بتواند در مواجهه با هیجانات شدید ناشی از جدایی، حالت فیزیولوژیکی آرام‌تر و باثبات‌تری ایجاد کند. در جلسه چهارم، ویژگی‌های اساسی شفقت از جمله حساسیت نسبت به رنج، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، رویکرد غیرقضاوتی و توانایی تحمل پریشانی معرفی شد و ویژگی‌های یک فرد مشفق مانند خردمندی، قدرت، مهربانی، مسئولیت‌پذیری و عدم قضاوت مورد بررسی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان تشویق شدند نمونه‌هایی از رفتارها و نگرش‌های مشفقانه را در زندگی خود شناسایی کرده و ظرفیت‌های شخصی خود برای ایجاد چنین نگرشی را بررسی کنند. در جلسه پنجم، استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه آموزش داده شد و پس از اجرای تنفس با ریتم آرام‌بخش، تمرین تصویرسازی «خود مشفق» و تصور بهترین و حمایت‌کننده‌ترین حالت خود اجرا شد. هدف اصلی این جلسه آن بود که شرکت‌کنندگان در هنگام فعال شدن درد ناشی از خاطرات رابطه، بتوانند به جای غرق شدن در تجربه هیجانی، از موضعی حمایت‌کننده، متعادل و مهربان با خود مواجه شوند. در جلسه ششم، تصویرسازی مشفقانه و تجربه حسی مرتبط با شفقت آموزش داده شد و شرکت‌کنندگان پس از اجرای تنفس آرام‌بخش، ایجاد یک مکان امن ذهنی، استفاده از تصاویر آرام‌کننده و به‌کارگیری تصویرسازی‌های مشفقانه هنگام مواجهه با غم، تنهایی، طردشدگی و سایر هیجانات دشوار ناشی از شکست عاطفی را تمرین کردند. در جلسه هفتم، تمرکز بر ایجاد و تقویت احساس مشفقانه نسبت به خود قرار گرفت و شرکت‌کنندگان با استفاده از تمرین‌های شفقت‌ورزی به خود و ایجاد یک تصویر مشفق ایده‌آل، شیوه حمایت هیجانی از خود در موقعیت‌های رنج‌آور را تمرین کردند؛ همچنین موانع دریافت و تجربه شفقت و روش‌های مواجهه با این موانع مورد بحث قرار گرفت. در جلسه هشتم، مفهوم رفتار مشفقانه و تبدیل نگرش مشفقانه به رفتارهای عینی در زندگی روزمره مورد تأکید قرار گرفت. شرکت‌کنندگان ایده‌هایی برای مراقبت سازنده از خود، پاسخ‌دهی سالم به نیازهای عاطفی و انجام اقدامات مهربانانه نسبت به خود تدوین کردند و شیوه نوشتن نامه مشفقانه به خود را فراگرفتند. در پایان، مطالب و مهارت‌های آموزش داده‌شده در تمام جلسات مرور شد، برنامه‌ای برای استمرار تمرین‌ها در زندگی روزمره تدوین گردید و پس‌آزمون اجرا شد.

پس از تکمیل مراحل گردآوری داده‌ها، اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها کدگذاری و برای تجزیه و تحلیل آماری وارد نرم‌افزار SPSS شد. در بخش آمار توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های نمونه و نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل‌های استنباطی، مفروضه‌های مورد نیاز بررسی شدند. نرمال بودن توزیع نمرات با توجه به مقادیر چولگی و کشیدگی و بررسی شاخص‌های مربوط به توزیع داده‌ها ارزیابی شد و آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای وابسته در گروه‌های پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. با توجه به اینکه دو متغیر نشانگان ضربه عشق و تحمل پریشانی در سه مرحله زمانی و در سه گروه مورد اندازه‌گیری قرار گرفته بودند، برای بررسی اثر زمان، اثر گروه و اثر تعاملی زمان و گروه و مقایسه روند تغییرات دو گروه درمانی با گروه کنترل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در صورت معنی‌دار بودن اثرات اصلی یا تعاملی، مقایسه‌های تعقیبی مناسب برای تعیین محل دقیق تفاوت‌ها میان مراحل اندازه‌گیری و گروه‌های پژوهش انجام شد. همچنین، پیش‌فرض

کرویت برای عامل درون‌گروهی مورد بررسی قرار گرفت و در صورت نقض این پیش‌فرض، از ضرایب اصلاحی مناسب از جمله گرین‌هاوس - گایزر برای تفسیر نتایج استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌های آماری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و نتایج با استفاده از آماره‌های مربوط به اثر زمان، گروه و تعامل زمان $\times$ گروه گزارش شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ نفر دارای تجربه شکست عاطفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر شفقت به خود و گروه کنترل شرکت داشتند. در گروه درمان هیجان‌مدار، ۸ نفر معادل ۵۳,۳۳ درصد زن و ۷ نفر معادل ۴۶,۶۷ درصد مرد بودند. در گروه درمان مبتنی بر شفقت به خود، ۹ نفر معادل ۶۰ درصد زن و ۶ نفر معادل ۴۰ درصد مرد بودند و در گروه کنترل نیز ۷ نفر معادل ۴۶,۶۷ درصد زن و ۸ نفر معادل ۵۳,۳۳ درصد مرد بودند. از نظر سطح تحصیلات، در گروه درمان هیجان‌مدار ۳ نفر دارای مدرک دیپلم، ۴ نفر فوق‌دیپلم، ۶ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر بودند؛ در گروه درمان مبتنی بر شفقت به خود نیز به ترتیب ۲، ۳، ۷ و ۳ نفر در این سطوح تحصیلی قرار داشتند و در گروه کنترل تعداد افراد دارای دیپلم، فوق‌دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد و بالاتر به ترتیب ۲، ۶، ۵ و ۲ نفر بود. همچنین در گروه درمان هیجان‌مدار، ۵ نفر در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۶ نفر در دامنه ۳۱ تا ۴۰ سال و ۴ نفر در دامنه ۴۱ تا ۴۵ سال قرار داشتند. این فراوانی‌ها در گروه درمان مبتنی بر شفقت به خود به ترتیب ۶، ۵ و ۴ نفر و در گروه کنترل به ترتیب ۶، ۷ و ۲ نفر بود. در مجموع، توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در سه گروه نسبتاً متوازن بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نشانگان ضربه عشق و مؤلفه‌های تحمل پریشانی در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون، میانگین	پیش‌آزمون، انحراف معیار	پس‌آزمون، میانگین	پس‌آزمون، انحراف معیار	پیگیری، میانگین	پیگیری، انحراف معیار
نشانگان ضربه عشق	درمان هیجان‌مدار	۲۳.۲۰	۱.۳۲	۱۷.۹۳	۱.۰۳	۱۵.۹۳	۱.۰۳
	شفقت به خود	۲۲.۸۰	۱.۳۷	۱۵.۸۰	۱.۳۷	۱۳.۸۰	۱.۳۷
	کنترل	۲۳.۲۰	۱.۴۷	۲۲.۵۳	۱.۶۹	۲۱.۹۳	۱.۷۹
تحمل پریشانی هیجانی	درمان هیجان‌مدار	۶.۵۳	۱.۰۶	۱۰.۹۳	۰.۹۶	۱۲.۶۰	۰.۶۳
	شفقت به خود	۶.۰۷	۱.۲۸	۹.۱۳	۰.۸۳	۱۰.۹۳	۰.۷۰
	کنترل	۵.۳۲	۱.۴۰	۶.۰۰	۱.۰۷	۶.۶۰	۰.۹۱
جذب شدن در هیجانات منفی	درمان هیجان‌مدار	۷.۳۳	۱.۱۱	۱۱.۳۳	۱.۲۳	۱۲.۸۰	۰.۸۶
	شفقت به خود	۶.۶۰	۱.۳۵	۹.۵۳	۰.۹۲	۱۰.۹۴	۰.۷۱
	کنترل	۶.۳۳	۱.۲۳	۶.۶۰	۱.۴۰	۷.۱۳	۱.۴۱
ارزیابی پریشانی	درمان هیجان‌مدار	۷.۰۰	۰.۸۵	۱۱.۴۷	۰.۸۳	۱۲.۸۷	۰.۷۴
	شفقت به خود	۷.۲۰	۰.۷۸	۹.۸۷	۰.۷۴	۱۱.۱۳	۰.۸۳
	کنترل	۷.۰۷	۰.۹۶	۷.۵۳	۰.۸۳	۸.۴۰	۰.۸۳
تنظیم پریشانی هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	۳.۶۷	۰.۹۸	۷.۰۷	۰.۸۰	۸.۵۳	۰.۵۲
	شفقت به خود	۳.۵۳	۰.۹۲	۵.۵۳	۰.۹۲	۷.۲۰	۰.۶۸
	کنترل	۳.۲۷	۰.۸۸	۴.۰۰	۰.۹۳	۴.۹۳	۰.۸۸

مطابق جدول ۱، میانگین نمرات نشانگان ضربه عشق در مرحله پیش‌آزمون در سه گروه نزدیک به یکدیگر بود، اما پس از اجرای مداخلات، کاهش قابل توجهی در هر دو گروه آزمایش مشاهده شد. میانگین نشانگان ضربه عشق در گروه درمان هیجان‌مدار از ۲۳،۲۰ در پیش‌آزمون به ۱۷،۹۳ در پس‌آزمون و ۱۵،۹۳ در پیگیری کاهش یافت، در حالی که در گروه درمان مبتنی بر شفقت به خود این میانگین از ۲۲،۸۰ به ۱۵،۸۰ و سپس ۱۳،۸۰ کاهش یافت. در گروه کنترل تغییرات محدودتر بود و میانگین از ۲۳،۲۰ به ۲۲،۵۳ و سپس ۲۱،۹۳ رسید. در مؤلفه‌های تحمل پریشانی نیز الگوی معکوسی مشاهده شد، به‌طوری‌که میانگین نمرات در هر دو گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافت، در حالی که تغییرات گروه کنترل محدود بود. افزایش میانگین‌ها در گروه درمان هیجان‌مدار در تمامی مؤلفه‌های تحمل پریشانی بیشتر از گروه درمان مبتنی بر شفقت به خود بود. این الگوی توصیفی نشان می‌دهد که هر دو مداخله با کاهش نشانگان ضربه عشق و افزایش تحمل پریشانی همراه بوده‌اند و آثار ایجادشده تا مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است.

پیش از اجرای تحلیل واریانس آمیخته، مفروضه‌های آماری مورد بررسی قرار گرفتند. استقلال مشاهدات با توجه به شیوه تخصیص و اجرای مستقل ابزارهای پژوهش برقرار بود. نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که توزیع نمرات نشانگان ضربه عشق و مؤلفه‌های تحمل پریشانی در سه گروه و در مراحل مختلف اندازه‌گیری از نرمال بودن قابل قبول برخوردار بود، زیرا تمامی مقادیر معناداری بیشتر از ۰،۰۵ بودند. همچنین آزمون Box's M برای نشانگان ضربه عشق و مؤلفه‌های تحمل پریشانی معنادار نبود و بنابراین فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس تأیید شد. نتایج آزمون لوین نیز برای نشانگان ضربه عشق در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۰،۳۷۸، ۰،۴۷۷ و ۰،۰۰۰ بود و برای مؤلفه‌های تحمل پریشانی نیز تمامی مقادیر معناداری بیشتر از ۰،۰۵ به دست آمد؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بود. آزمون کرویت ماچلی برای نشانگان ضربه عشق و مؤلفه‌های تحمل پریشانی معنادار بود و فرض کرویت نقض شد. از این‌رو، برای اصلاح درجات آزادی در تحلیل اثرات درون‌آزمودنی از تصحیح گرین‌هاوس - گایزر استفاده شد. مقادیر اپسیلون گرین‌هاوس - گایزر برای نشانگان ضربه عشق، تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن در هیجانات منفی، ارزیابی پریشانی و تنظیم پریشانی به ترتیب ۰،۵۲۳، ۰،۶۴۹، ۰،۶۲۹، ۰،۸۰۰ و ۰،۸۹۰ بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای نشانگان ضربه عشق و مؤلفه‌های تحمل پریشانی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	اندازه اثر
نشانگان ضربه عشق	زمان	۸۲۶،۴۱۵	۱،۰۴۶	۷۹۰،۳۰۳	۴۳۴،۳۵۰	۰،۰۰۱	۰،۸۱۲
	زمان × گروه	۲۷۸،۳۴۱	۲،۰۹۱	۱۳۳،۰۸۹	۷۳،۱۴۶	۰،۰۰۱	۰،۷۷۷
تحمل پریشانی هیجانی	زمان	۳۸۵،۸۸۱	۱،۲۹۷	۲۹۷،۵۱۵	۴۶۳،۹۴۱	۰،۰۰۱	۰،۸۱۷
	زمان × گروه	۱۰۲،۵۱۹	۲،۵۹۴	۳۹،۵۲۲	۶۱،۸۵۸	۰،۰۰۱	۰،۷۴۶
جذب شدن در هیجانات منفی	زمان	۲۹۲،۹۹۳	۱،۲۵۷	۲۳۳،۰۲۱	۲۸۷،۴۵۸	۰،۰۰۱	۰،۸۷۳
	زمان × گروه	۹۸،۹۳۳	۲،۵۱۴	۳۹،۳۴۹	۴۸،۵۴۲	۰،۰۰۱	۰،۶۹۸
ارزیابی پریشانی	زمان	۳۲۳،۶۵۹	۱،۶۰۰	۲۰۲،۳۰۷	۴۷۹،۴۰۱	۰،۰۰۱	۰،۸۱۹
	زمان × گروه	۹۲،۶۵۲	۳،۲۰۰	۲۸،۹۵۷	۶۸،۶۱۸	۰،۰۰۱	۰،۷۶۶
تنظیم پریشانی	زمان	۲۶۳،۶۵۹	۱،۷۸۰	۱۴۸،۰۸۶	۶۰۴،۷۵۲	۰،۰۰۱	۰،۸۳۵
	زمان × گروه	۴۵،۳۶۳	۳،۵۶۱	۱۲،۷۳۹	۵۲،۰۲۴	۰،۰۰۱	۰،۷۱۲

نتایج تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۲ نشان داد که اثر زمان بر نشانگان ضربه عشق معنادار بود، به‌طوری‌که تفاوت معنی‌داری میان نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد، $F=۴۳۴،۳۵۰$ ، $p<۰،۰۰۱$ ، $\eta^2=۰،۸۱۲$. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه نیز برای نشانگان ضربه عشق معنادار بود، $F=۷۳،۱۴۶$ ، $p<۰،۰۰۱$ ، $\eta^2=۰،۷۷۷$ ، که نشان می‌دهد الگوی تغییرات این متغیر در طول زمان در سه گروه یکسان نبوده است. در مورد تحمل پریشانی نیز اثر زمان برای مؤلفه تحمل پریشانی هیجانی، $F=۴۶۳،۹۴۱$ ، $p<۰،۰۰۱$ ، $\eta^2=۰،۸۱۷$ ، جذب شدن در هیجانات منفی، $F=۲۸۷،۴۵۸$ ، $p<۰،۰۰۱$ ، $\eta^2=۰،۸۷۳$ ، ارزیابی پریشانی، $F=۴۷۹،۴۰۱$ ، $p<۰،۰۰۱$ ، $\eta^2=۰،۸۱۹$ ، و تنظیم پریشانی، $F=۶۰۴،۷۵۲$ ، $p<۰،۰۰۱$ ، معنادار بود. همچنین تعامل زمان و گروه برای تمامی این مؤلفه‌ها معنی‌دار به دست آمد؛ به ترتیب برای تحمل پریشانی هیجانی

$F=61.858$ ، برای جذب شدن در هیجانات منفی $F=48.542$ ، برای ارزیابی پریشانی $F=68.618$ و برای تنظیم پریشانی $F=52.024$ که در همه موارد $p<0.001$ بود. بنابراین، تغییرات مشاهده شده در طول زمان وابسته به نوع گروه درمانی بوده و هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود معنادار متغیرهای پژوهش شده‌اند.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p
نشانگان ضربه عشق	پس‌آزمون	هیجان‌مدار با شفقت به خود	۲۰۰۲۰	۰.۴۹۶	۰.۰۰۱
		هیجان‌مدار با کنترل	-۶۶۲۰	۰.۴۹۲	۰.۰۰۱
		شفقت به خود با کنترل	-۵۲۰۰	۰.۴۹۶	۰.۰۰۱
نشانگان ضربه عشق	پیگیری	هیجان‌مدار با شفقت به خود	۲۰۱۶	۰.۵۱۲	۰.۰۰۱
		هیجان‌مدار با کنترل	-۶۰۰۰	۰.۵۰۸	۰.۰۰۱
		شفقت به خود با کنترل	-۸۰۱۶	۰.۵۱۲	۰.۰۰۱
تحمل پریشانی هیجانی	پس‌آزمون	هیجان‌مدار با شفقت به خود	۱۶۰۶	۰.۳۰۲	۰.۰۰۱
		هیجان‌مدار با کنترل	۴۴۳۵	۰.۳۲۱	۰.۰۰۱
		شفقت به خود با کنترل	۲۸۲۹	۰.۳۰۷	۰.۰۰۱
تحمل پریشانی هیجانی	پیگیری	هیجان‌مدار با شفقت به خود	۱۵۰۹	۰.۲۳۵	۰.۰۰۱
		هیجان‌مدار با کنترل	۵۵۹۵	۰.۲۵۱	۰.۰۰۱
		شفقت به خود با کنترل	۴۰۸۶	۰.۲۳۹	۰.۰۰۱
جذب شدن در هیجانات منفی	پس‌آزمون	هیجان‌مدار با شفقت به خود	۱۴۸۶	۰.۴۱۱	۰.۰۰۱
		هیجان‌مدار با کنترل	۴۳۰۵	۰.۴۲۱	۰.۰۰۱
		شفقت به خود با کنترل	۲۸۱۹	۰.۴۰۰	۰.۰۰۱
جذب شدن در هیجانات منفی	پیگیری	هیجان‌مدار با شفقت به خود	۱۵۰۲	۰.۳۱۸	۰.۰۰۱
		هیجان‌مدار با کنترل	۵۱۷۰	۰.۳۲۶	۰.۰۰۱
		شفقت به خود با کنترل	۳۶۶۷	۰.۳۰۹	۰.۰۰۱
ارزیابی پریشانی	پس‌آزمون	هیجان‌مدار با شفقت به خود	۱۶۶۹	۰.۲۷۷	۰.۰۰۱
		هیجان‌مدار با کنترل	۳۹۵۶	۰.۲۷۶	۰.۰۰۱
		شفقت به خود با کنترل	۲۲۸۷	۰.۲۷۷	۰.۰۰۱
ارزیابی پریشانی	پیگیری	هیجان‌مدار با شفقت به خود	۱۸۱۱	۰.۲۷۱	۰.۰۰۱
		هیجان‌مدار با کنترل	۴۴۹۳	۰.۲۷۰	۰.۰۰۱
		شفقت به خود با کنترل	۲۶۸۱	۰.۲۷۰	۰.۰۰۱
تنظیم پریشانی	پس‌آزمون	هیجان‌مدار با شفقت به خود	۱۴۴۸	۰.۲۴۲	۰.۰۰۱
		هیجان‌مدار با کنترل	۲۸۱۰	۰.۲۴۵	۰.۰۰۱
		شفقت به خود با کنترل	۱۳۶۲	۰.۲۴۲	۰.۰۰۱
تنظیم پریشانی	پیگیری	هیجان‌مدار با شفقت به خود	۱۲۶۵	۰.۱۹۶	۰.۰۰۱
		هیجان‌مدار با کنترل	۳۳۹۶	۰.۱۹۹	۰.۰۰۱
		شفقت به خود با کنترل	۲۱۳۱	۰.۱۹۷	۰.۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ نشان داد که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، هر دو گروه درمانی در نشانگان ضربه عشق و تمامی مؤلفه‌های تحمل پریشانی با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند. در نشانگان ضربه عشق، نمرات گروه درمان مبتنی بر شفقت به خود در پس‌آزمون و پیگیری پایین‌تر از گروه درمان هیجان‌مدار بود و تفاوت بین دو مداخله نیز معنادار به دست آمد، که نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر شفقت به خود در کاهش نشانگان ضربه عشق است. در مقابل، در مؤلفه‌های تحمل پریشانی، گروه درمان هیجان‌مدار در مقایسه با درمان مبتنی بر شفقت به خود نمرات بالاتری در پس‌آزمون و پیگیری کسب کرد و تفاوت بین دو گروه درمانی در تمامی مؤلفه‌ها معنادار

بود. بنابراین، اگرچه هر دو رویکرد در مقایسه با گروه کنترل اثربخش بودند، درمان مبتنی بر شفقت به خود اثربخشی بیشتری در کاهش نشانگان ضربه عشق نشان داد، در حالی که درمان هیجان‌مدار در افزایش تحمل پریشانی هیجانی، کاهش غلبه هیجانات منفی، بهبود ارزیابی پریشانی و ارتقای توان تنظیم پریشانی اثربخشی بیشتری داشت. تداوم تفاوت‌های معنادار در مرحله پیگیری نیز بیانگر پایداری نسبی آثار هر دو مداخله تا ۲ ماه پس از پایان درمان بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت به خود بر نشانگان ضربه عشق و تحمل پریشانی در افراد دارای شکست عاطفی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل توانستند به طور معناداری موجب کاهش نشانگان ضربه عشق و افزایش مؤلفه‌های تحمل پریشانی شوند و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شد. همچنین، نتایج مقایسه‌ای نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به خود در کاهش نشانگان ضربه عشق اثربخشی بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار داشت، در حالی که درمان هیجان‌مدار در بهبود مؤلفه‌های تحمل پریشانی شامل تحمل پریشانی هیجانی، کاهش جذب شدن در هیجانات منفی، بهبود ارزیابی پریشانی و افزایش توان تنظیم پریشانی اثربخشی بیشتری نشان داد. معنادار بودن اثر زمان و تعامل زمان و گروه نیز بیانگر آن بود که تغییرات مشاهده‌شده صرفاً ناشی از گذشت زمان نبوده، بلکه به نوع مداخله دریافت‌شده توسط شرکت‌کنندگان ارتباط داشته است. تداوم این تفاوت‌ها در مرحله پیگیری نیز نشان داد که اثرات حاصل از هر دو درمان از ثبات نسبی برخوردار بوده‌اند.

نخستین یافته مهم پژوهش نشان داد که هر دو درمان هیجان‌مدار و مبتنی بر شفقت به خود در کاهش نشانگان ضربه عشق مؤثر بودند. این یافته با نتایج مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند مداخلات روان‌شناختی متمرکز بر هیجان و منابع درونی فرد می‌توانند پیامدهای روان‌شناختی ناشی از شکست عاطفی را کاهش دهند. برای مثال، در پژوهش نژاد رودانی و شاهبازی، مداخلات روان‌شناختی در افراد دارای شکست عاطفی موجب کاهش نشانگان ضربه عشق و بهبود سازگاری روان‌شناختی شدند (Nejad Rodani & Shahbazi, 2023). همچنین، امان‌الهی و همکاران نشان دادند که خودشفقتی با شدت نشانگان ضربه عشق ارتباط دارد و افراد برخوردار از سطوح بالاتر شفقت نسبت به خود، شدت کمتری از پیامدهای روان‌شناختی شکست عاطفی را تجربه می‌کنند (Amanelahi et al., 2015). یافته‌های اتصامی‌فرد و علوی‌نیا نیز نشان داد که افراد دارای سطوح مختلف ضربه عشق از نظر ویژگی‌های مرتبط با خودشفقتی و انسجام روان‌شناختی با یکدیگر تفاوت دارند (Etesamifard & Alaviniya, 2025). بنابراین، نتایج پژوهش حاضر در امتداد شواهدی قرار می‌گیرد که نشان می‌دهد اصلاح نحوه مواجهه فرد با هیجان‌ها و تجربه دردناک جدایی می‌تواند شدت نشانگان ضربه عشق را کاهش دهد.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش نشانگان ضربه عشق می‌توان گفت که شکست عاطفی معمولاً با مجموعه‌ای از هیجانات اولیه و ثانویه مانند غم، خشم، ترس، احساس طردشدگی، تنهایی و بی‌ارزشی همراه است. هنگامی که این هیجان‌ها به طور ناکارآمد پردازش شوند، ممکن است فرد در چرخه‌ای از نشخوار فکری، فعال‌شدن مکرر خاطرات رابطه و واکنش‌های هیجانی شدید باقی بماند. درمان هیجان‌مدار با کمک به فرد برای شناسایی، نام‌گذاری، تجربه و بازسازی هیجان‌های اساسی، امکان پردازش سازگارانه‌تر تجربه فقدان را فراهم می‌کند. در واقع، فرد به جای سرکوب یا گرفتار شدن در هیجان‌های ثانویه، به نیازهای عاطفی زیربنایی دسترسی پیدا کرده و تجربه جدایی را به شکلی منسجم‌تر بازسازی می‌کند. این تبیین با یافته‌های کرمی‌نژاد و همکاران همسو است که نشان دادند درمان هیجان‌مدار می‌تواند تنظیم شناختی هیجان را در دختران دارای شکست عاطفی بهبود دهد (Karaminezhad et al., 2017). همچنین، ارتضایی و همکاران گزارش کردند که درمان هیجان‌مدار در زنان دارای تجربه شکست رابطه عاطفی، موجب کاهش درد روانی و بهبود پیامدهای هیجانی شد (Ertezaee et al., 2023). یافته‌های شاه‌مرادی و همکاران نیز تأثیر درمان هیجان‌مدار را بر ساختارهای عاطفی مرتبط با روابط تأیید کرده است (Shahmoradi et al., 2021).

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به خود در کاهش نشانگان ضربه عشق اثربخشی بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار داشت. این نتیجه با شواهدی سازگار است که خودشفقتی را به عنوان یکی از عوامل مهم سازگاری پس از شکست رابطه معرفی کرده‌اند. امان‌الهی و همکاران نشان دادند که خودشفقتی می‌تواند شدت نشانگان ضربه عشق را پیش‌بینی کند (Amanelahi et al., 2015). احمدپور و همکاران نیز اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را در دانشجویان دختر دارای شکست عاطفی گزارش کردند و نشان دادند که این رویکرد قادر است منابع روان‌شناختی مثبت را در این افراد تقویت کند (Ahmadpour et al., 2017). همچنین، فرینچی در بررسی سازگاری پس از جدایی نشان داد که خودشفقتی نقش مهمی در فرایند سازگاری با پایان رابطه دارد (Firinci, 2019). از این منظر، برتری درمان مبتنی بر شفقت به خود در کاهش نشانگان ضربه عشق را می‌توان با ماهیت ویژه تجربه شکست عاطفی توضیح داد؛ زیرا افراد پس از پایان رابطه ممکن است علاوه بر رنج ناشی از فقدان، احساس طردشدگی، شرم، شکست شخصی و کاهش ارزشمندی خود را نیز تجربه کنند.

درمان مبتنی بر شفقت به خود با تغییر رابطه فرد با رنج روان‌شناختی عمل می‌کند. در این رویکرد، هدف صرفاً کاهش هیجان منفی نیست، بلکه فرد می‌آموزد هنگام مواجهه با درد عاطفی، به جای قضاوت شدید، سرزنش یا غرق شدن در احساس فقدان، با خود به شیوه‌ای حمایت‌گرانه، مهربان و واقع‌بینانه برخورد کند. شکست عاطفی برای بسیاری از افراد با این باور همراه است که «من دوست‌داشتنی نیستم»، «من شکست خورده‌ام» یا «این درد هرگز تمام نمی‌شود». تمرین‌های شفقت به خود می‌تواند شدت این تفسیرهای تهدیدمحور را کاهش دهند و احساس امنیت درونی را افزایش دهند. یافته‌های دنیز و کورتولوش نیز نشان داده است که خوددوستی، شفقت و متغیرهای مرتبط با دلبستگی با رضایت از زندگی ارتباط دارند (Deniz & Yildirim Kurtuluş, 2023). همچنین پارک و لی نشان دادند که خودشفقتی و تحمل‌پریشانی در رابطه میان شرم درونی‌شده و وابستگی به رابطه نقش مهمی دارند (Park & Lee, 2024). بنابراین، درمان مبتنی بر شفقت به خود احتمالاً از طریق کاهش تهدید درونی، ایجاد نگرش غیرقضاوتی و افزایش احساس امنیت روان‌شناختی توانسته است شدت نشانگان ضربه عشق را بیشتر از درمان هیجان‌مدار کاهش دهد.

در بخش دیگری از نتایج، هر دو درمان موجب افزایش معنادار تحمل‌پریشانی شدند، اما درمان هیجان‌مدار در مقایسه با درمان مبتنی بر شفقت به خود تأثیر بیشتری بر مؤلفه‌های تحمل‌پریشانی داشت. این یافته با مطالعات متعددی همسو است که اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تحمل‌پریشانی را گزارش کرده‌اند. حسنی‌راد و همکاران نشان دادند که درمان هیجان‌مدار موجب افزایش تحمل‌پریشانی و تاب‌آوری در دانشجویان دختر دارای نشانه‌های پرخاشگری می‌شود (Hasani Rad et al., 2025). میکائیلی و همکاران نیز اثربخشی این درمان را بر افزایش تحمل‌پریشانی در مادران دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن گزارش کردند (Mikaeili et al., 2025). در مطالعه بیرایی و همکاران نیز درمان هیجان‌مدار گروهی موجب بهبود تحمل‌پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان شد (Biriya et al., 2026). این همسویی نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار، فراتر از نوع مشکل بالینی، می‌تواند ظرفیت مواجهه مستقیم و سازگارانه با هیجانات دشوار را افزایش دهد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که تحمل‌پریشانی تا حد زیادی به نحوه تجربه، ارزیابی و تنظیم هیجان‌های منفی وابسته است. افراد دارای تحمل‌پریشانی پایین معمولاً هیجان‌های ناخوشایند را غیرقابل‌تحمل، خطرناک یا خارج از کنترل ارزیابی می‌کنند. درمان هیجان‌مدار فرد را تشویق می‌کند که به جای فاصله گرفتن از تجربه هیجانی، به صورت کنترل‌شده و تدریجی وارد آن شود، منشأ و کارکرد هیجان را بشناسد و آن را به صورت سازگارانه تغییر دهد. این فرایند نوعی تجربه اصلاحی ایجاد می‌کند که طی آن فرد درمی‌یابد می‌تواند هیجانات دشوار را بدون فروپاشی روان‌شناختی تحمل کند. به بیان دیگر، تکرار تجربه هیجان در یک محیط درمانی امن باعث می‌شود ظرفیت تحمل حالات منفی افزایش یابد. یافته‌های توپه و همکاران درباره اثربخشی درمان هیجان‌مدار در زنان دارای پریشانی زناشویی نیز نشان‌دهنده نقش این رویکرد در اصلاح فرایندهای شناختی و هیجانی مرتبط با پریشانی است (Toope et al., 2025). همچنین، نتایج شبان‌نیا و همکاران نشان داده است که درمان هیجان‌مدار می‌تواند در مشکلات مرتبط با روابط و صمیمیت تغییرات معناداری ایجاد کند (Shabaninia et al., 2025).

درمان مبتنی بر شفقت به خود نیز توانست تحمل پریشانی را به صورت معناداری افزایش دهد، هرچند میزان این افزایش کمتر از درمان هیجان‌مدار بود. این یافته با مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند شفقت و رویکردهای مبتنی بر آن می‌توانند ظرفیت مواجهه با هیجان‌های ناخوشایند را افزایش دهند. یآوری و همکاران اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را بر تحمل پریشانی گزارش کردند (Yavari et al., 2024). سعیدی و همکاران نیز نشان دادند که مداخلات مبتنی بر شفقت می‌توانند تحمل پریشانی را در نوجوانان افزایش دهند (Saidi et al., 2024). همچنین، نوری قلعه‌علیخانی و همکاران رابطه خودشفقتی با تحمل پریشانی را مورد تأیید قرار دادند (Nouri Ghaleh Alikhani et al., 2025). والتون و همکاران نیز نشان دادند که تحمل پریشانی در ارتباط میان انگیزش مشفقانه و بهزیستی نقش اساسی دارد (Walton et al., 2024). بنابراین، یافته پژوهش حاضر درباره اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر تحمل پریشانی با شواهد موجود همخوان است.

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر تحمل پریشانی را می‌توان از طریق تأثیر این درمان بر سیستم تهدید توضیح داد. افراد دارای شکست عاطفی ممکن است یادآوری رابطه گذشته، تنهایی و احساس طردشدگی را به عنوان محرک‌های تهدیدکننده تجربه کنند. در درمان مبتنی بر شفقت به خود، تمرین‌هایی مانند تنفس آرام‌بخش، تصویرسازی مشفقانه، توجه مشفقانه و ایجاد صدای درونی حمایتگرانه به کاهش برانگیختگی سیستم تهدید و افزایش احساس امنیت کمک می‌کند. هنگامی که شدت تهدید ادراک‌شده کاهش می‌یابد، فرد توان بیشتری برای باقی ماندن در موقعیت هیجانی دشوار پیدا می‌کند. از این‌رو، افزایش تحمل پریشانی در این رویکرد را می‌توان نتیجه کاهش شدت واکنش‌های دفاعی و تقویت ظرفیت خودآرام‌سازی دانست. یافته‌های حیدری و همکاران نیز نشان می‌دهد که رویکردهای هیجان‌محور مبتنی بر شفقت می‌توانند تحمل پریشانی را در زنان درگیر بحران‌های رابطه‌ای بهبود دهند (Heydari et al., 2026).

با این حال، برتری درمان هیجان‌مدار در مؤلفه‌های تحمل پریشانی را می‌توان به تفاوت در سازوکارهای اصلی دو درمان نسبت داد. درمان مبتنی بر شفقت به خود بیشتر بر تغییر نگرش فرد نسبت به رنج و ایجاد زمینه‌ای حمایتگرانه برای مواجهه با آن تمرکز دارد، در حالی که درمان هیجان‌مدار فرد را به صورت مستقیم‌تر با محتوای هیجانی دردناک روبه‌رو می‌کند و بر تجربه، تمایز، پذیرش و بازسازی هیجان تأکید دارد. از این جهت، درمان هیجان‌مدار ممکن است نوعی تمرین مستقیم‌تر برای تحمل پریشانی ایجاد کند. فرد در طول جلسات یاد می‌گیرد که ورود به هیجان‌های ناخوشایند الزاماً به از دست دادن کنترل منجر نمی‌شود و هیجان‌ها می‌توانند تجربه، فهم و تنظیم شوند. این فرایند می‌تواند به شکل مشخص‌تری مؤلفه‌هایی مانند تحمل پریشانی، کاهش تسلط هیجان منفی، ارزیابی سازگارانه‌تر پریشانی و استفاده از راهبردهای تنظیمی مؤثر را تقویت کند.

نتایج مرحله پیگیری نیز نشان داد که اثرات هر دو مداخله در طول زمان حفظ شده است. تداوم کاهش نشانگان ضربه عشق و افزایش تحمل پریشانی نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان احتمالاً توانسته‌اند مهارت‌های آموخته‌شده را پس از پایان جلسات نیز در زندگی روزمره به کار گیرند. در درمان هیجان‌مدار، افزایش توانایی تشخیص و پردازش هیجان‌ها می‌تواند مهارتی پایدار باشد که در مواجهه با محرک‌های جدید نیز مورد استفاده قرار گیرد. در درمان مبتنی بر شفقت به خود نیز تمرین‌های خودآرام‌سازی، نگاه غیرقضاوتی و رفتار حمایتگرانه نسبت به خود می‌توانند به تدریج به بخشی از شیوه مقابله فرد تبدیل شوند. بنابراین، ثبات اثرات در مرحله پیگیری می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که هر دو درمان علاوه بر ایجاد تغییر کوتاه‌مدت، ظرفیت ایجاد تغییرات پایدارتر در نحوه مواجهه افراد با رنج عاطفی را دارند. به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد برای افراد دارای شکست عاطفی اثربخش‌اند، اما درمان مبتنی بر شفقت به خود در کاهش نشانگان ضربه عشق و درمان هیجان‌مدار در افزایش تحمل پریشانی مزیت نسبی بیشتری دارند؛ موضوعی که می‌تواند در انتخاب مداخله بر اساس مشکل غالب مراجع مورد توجه قرار گیرد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرند. نخست آنکه نمونه پژوهش تنها از میان افراد دارای شکست عاطفی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران انتخاب شد و بنابراین تعمیم نتایج به افرادی که از خدمات روان‌شناختی استفاده

نمی‌کنند یا در سایر مناطق جغرافیایی و فرهنگی زندگی می‌کنند باید با احتیاط انجام شود. حجم نمونه در هر گروه نسبتاً محدود بود و این موضوع می‌تواند توان تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش دهد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی نیز ممکن است تحت تأثیر تمایل پاسخ‌دهندگان به ارائه پاسخ‌های اجتماعی مطلوب، وضعیت هیجانی لحظه‌ای یا برداشت شخصی آنان از گویه‌ها قرار گرفته باشد. علاوه بر این، مدت پیگیری محدود به ۲ ماه بود و از این‌رو درباره پایداری بلندمدت اثرات درمان نمی‌توان با قطعیت اظهار نظر کرد. همچنین، عواملی مانند مدت زمان سپری‌شده از پایان رابطه، طول و شدت رابطه عاطفی، نحوه پایان رابطه و میزان حمایت اجتماعی شرکت‌کنندگان می‌توانستند بر پیامدهای درمانی اثرگذار باشند، اما کنترل کامل این عوامل در پژوهش حاضر امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این مطالعه با نمونه‌های بزرگ‌تر و در گروه‌های سنی، فرهنگی و اجتماعی متنوع‌تر تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. استفاده از دوره‌های پیگیری طولانی‌تر، مانند ۶ ماه یا یک سال، می‌تواند تصویر دقیق‌تری از میزان پایداری اثرات دو درمان فراهم کند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات بعدی متغیرهای تعدیل‌کننده‌ای مانند جنسیت، سبک دلبستگی، مدت زمان رابطه، مدت زمان سپری‌شده از جدایی، کیفیت حمایت اجتماعی و شدت اولیه نشانگان ضربه عشق را بررسی کنند تا مشخص شود کدام افراد از هر یک از این دو رویکرد بیشتر سود می‌برند. مقایسه درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت به خود با سایر مداخلات معتبر و همچنین بررسی سازوکارهای تغییر در هر رویکرد می‌تواند درک دقیق‌تری از فرایندهای درمانی ایجاد کند. انجام مطالعات کیفی در کنار پژوهش‌های کمی نیز می‌تواند تجربه زیسته افراد از تغییرات ایجادشده در طول درمان را روشن‌تر سازد.

با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و درمانگران در کار با افراد دارای شکست عاطفی، نوع مداخله را متناسب با مشکل غالب مراجع انتخاب کنند. در افرادی که شدت نشانگان ضربه عشق، احساس فقدان و آسیب‌پذیری ناشی از جدایی برجسته‌تر است، درمان مبتنی بر شفقت به خود می‌تواند گزینه مناسبی باشد، زیرا بر ایجاد رابطه‌ای حمایت‌گرانه با خود و کاهش شدت رنج ناشی از شکست تأکید دارد. در مقابل، برای افرادی که در تحمل و مدیریت هیجان‌های شدید ناشی از جدایی مشکل بیشتری دارند، استفاده از درمان هیجان‌مدار می‌تواند اولویت بالاتری داشته باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی کوتاه‌مدت مبتنی بر مهارت‌های هیجان‌مدار و شفقت به خود برای افراد در معرض پیامدهای شدید شکست عاطفی طراحی شود و درمانگران از ترکیب هدفمند تکنیک‌های دو رویکرد در مواردی که مراجع همزمان از شدت بالای نشانگان ضربه عشق و تحمل پریشانی پایین رنج می‌برد استفاده کنند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازين اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازين و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسندگان مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Romantic relationships constitute an important domain of human emotional life and contribute substantially to psychological security, belonging, intimacy, identity formation, and perceived quality of life. Because individuals often invest substantial emotional, cognitive, and interpersonal resources in intimate relationships, the unexpected or unwanted termination of a meaningful romantic bond can be experienced as a highly stressful interpersonal event. Romantic breakup may therefore be accompanied by intense sadness, anger, loneliness, rejection sensitivity, intrusive thoughts, emotional instability, sleep disturbance, diminished motivation, and difficulties in restoring everyday functioning. Although many individuals gradually adapt to the loss of a romantic relationship, others experience persistent psychological distress that interferes with emotional, social, and occupational functioning. Previous studies have indicated that individuals with different levels of love trauma may also differ in self-related and interpersonal psychological characteristics, highlighting the multidimensional nature of adjustment following romantic loss (Etesamifard & Alaviniya, 2025). Moreover, attachment-related processes, self-directed positive attitudes, and compassion-related capacities appear to contribute to broader psychological adaptation and life satisfaction (Deniz & Yildirim Kurtuluş, 2023).

One of the major constructs used to describe severe psychological reactions following romantic breakup is love trauma syndrome. Love trauma symptoms include a range of emotional, cognitive, behavioral, and somatic responses to the loss of an emotionally significant relationship. Individuals with pronounced love trauma may remain preoccupied with memories of the former partner, experience recurrent sadness and emotional pain, show impaired concentration and motivation, and encounter considerable difficulty accepting the termination of the relationship. Research has demonstrated that love trauma symptoms are related to important psychological resources and can be modified through psychological interventions (Nejad Rodani & Shahbazi, 2023). In particular, self-compassion has been identified as a relevant correlate of love trauma among individuals who have experienced romantic breakup, suggesting that the way individuals relate to themselves during interpersonal loss may influence the intensity of their psychological reactions (Amanelahi et al., 2015).

Another central psychological construct in adaptation to romantic breakup is distress tolerance. Distress tolerance refers to an individual's perceived and actual capacity to experience and withstand aversive emotional states without becoming overwhelmed or engaging in dysfunctional responses. Individuals with low distress tolerance tend to perceive negative emotions as intolerable, threatening, or uncontrollable, whereas those with greater distress tolerance are more able to remain engaged with difficult emotional experiences while maintaining behavioral and cognitive functioning. This ability is particularly important following romantic loss because separation frequently creates emotional conditions that cannot be resolved immediately and

require the individual to tolerate sadness, uncertainty, loneliness, and rejection over time. Empirical findings have shown that distress tolerance is associated with self-compassion, mindfulness, and other psychological resources that may protect individuals against emotional dysregulation (Nouri Ghaleh Alikhani et al., 2025). Distress tolerance has also been identified as an important mechanism in the relationship between internalized shame, self-compassion, and maladaptive relationship patterns (Park & Lee, 2024).

Emotion-focused therapy represents one potentially effective intervention for individuals experiencing emotional difficulties following romantic breakup. This approach conceptualizes emotions as adaptive sources of information that organize cognition, behavior, and interpersonal experience. Therapeutic change occurs through helping clients identify, access, differentiate, express, regulate, and transform maladaptive emotional experiences. This process may be particularly relevant after romantic breakup, when individuals frequently experience complex emotional states involving sadness, anger, fear, abandonment, longing, and rejection. Previous research has demonstrated that emotion-focused therapy can improve cognitive emotion regulation among female students experiencing emotional breakup (Karaminezhad et al., 2017). Similarly, emotion-focused therapy has been shown to reduce psychological pain and improve emotional functioning among women with depression who had experienced romantic relationship breakup (Ertezaee et al., 2023). Evidence from relationship-focused interventions also suggests that emotion-focused therapy can alter maladaptive emotional and relational patterns (Shabaninia et al., 2025; Shahmoradi et al., 2021).

The potential relevance of emotion-focused therapy to distress tolerance is also supported by findings from other clinical populations. Emotion-focused interventions have produced improvements in distress tolerance and resilience among female students with aggression symptoms (Hasani Rad et al., 2025), enhanced distress tolerance in mothers with insecure attachment styles (Mikaeili et al., 2025), and increased distress tolerance among women with breast cancer receiving group emotion-focused therapy (Biriya et al., 2026). These findings suggest that directly working with difficult emotional experiences may gradually increase an individual's capacity to remain in contact with distress without becoming overwhelmed. Other evidence from women with marital distress likewise indicates that emotion-focused approaches may modify maladaptive cognitive and emotional responses associated with relational problems (Toope et al., 2025).

Self-compassion-based therapy represents another theoretically relevant intervention for individuals experiencing romantic breakup. Self-compassion involves responding to personal suffering with kindness, balanced awareness, and recognition of suffering as part of the broader human experience. Romantic separation may be particularly damaging when individuals interpret the loss as evidence of personal inadequacy, rejection, failure, or unlovability. In such circumstances, a compassionate orientation toward the self may reduce the secondary psychological suffering generated by harsh self-judgment and threat-focused processing. Self-compassion has been associated with adjustment following romantic breakup and may function as an important psychological resource during post-breakup recovery (Firinci, 2019). Compassion-focused interventions have also demonstrated beneficial effects among female students with romantic breakup experiences (Ahmadpour et al., 2017).

Self-compassion-based approaches may influence distress tolerance by helping individuals regulate their threat system and cultivate an internal sense of safety. Compassion-oriented practices such as soothing breathing, compassionate imagery, mindful attention, and supportive self-responding may reduce emotional overactivation and allow individuals to remain in contact with painful experiences without becoming excessively overwhelmed. Studies have demonstrated that compassion-focused interventions can improve distress tolerance in different populations (Saidi et al., 2024; Yavari et al., 2024). Furthermore, distress tolerance appears to play an important role in the relationship between compassionate motivation and psychological well-being (Walton et al., 2024). Recent findings also suggest that compassion-oriented

emotion-focused interventions can improve distress tolerance and psychological adaptation among women experiencing relational crises (Heydari et al., 2026).

Despite growing evidence supporting both approaches, relatively few studies have directly compared emotion-focused therapy and self-compassion-based therapy among individuals experiencing romantic breakup. Such a comparison is important because the two interventions may operate through partially different mechanisms. Emotion-focused therapy emphasizes direct emotional processing and transformation, whereas self-compassion-based therapy emphasizes changing the individual's relationship with suffering by increasing emotional safety, kindness, and nonjudgmental awareness. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and self-compassion-based therapy on love trauma symptoms and distress tolerance among individuals experiencing romantic breakup.

Methods and Materials

The study employed a quasi-experimental pretest-posttest-follow-up design with two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of individuals with romantic breakup experiences who had referred to counseling centers in Tehran in 2019. From the accessible population, 48 individuals were initially screened through clinical interviews and research measures. Following application of the inclusion and exclusion criteria, 45 eligible participants were selected through purposive and convenience sampling and randomly assigned to three equal groups of 15 participants: emotion-focused therapy, self-compassion-based therapy, and control. Eligibility criteria included being 20 to 45 years old, having at least a high-school diploma, having experienced the termination of a meaningful romantic relationship, having no severe psychological disorder based on clinical interview, and providing informed consent. Repeated absence from intervention sessions, failure to participate adequately in therapeutic activities, major unforeseen events interfering with participation, and voluntary withdrawal were considered exclusion criteria.

Love trauma symptoms were assessed using the Love Trauma Inventory, a 10-item measure evaluating emotional, cognitive, behavioral, and physical disturbances associated with romantic breakup. Items are scored on a four-point scale, with higher scores reflecting greater severity of love trauma symptoms. Distress tolerance was assessed using the 15-item Distress Tolerance Scale, which evaluates four dimensions: tolerance of emotional distress, absorption by negative emotions, appraisal of distress, and regulation of efforts to alleviate distress. Higher scores indicate greater distress tolerance.

Participants in the emotion-focused therapy group received eight weekly 90-minute sessions. The intervention focused on establishing a safe therapeutic relationship, identifying dominant emotional patterns, differentiating primary and secondary emotions, recognizing unmet emotional needs, increasing awareness and expression of underlying emotions, restructuring maladaptive emotional responses, and consolidating adaptive emotional processing. Participants in the self-compassion-based therapy group received eight weekly sessions lasting approximately 60 to 90 minutes. The intervention included case conceptualization, introduction to compassion, education concerning emotional regulation systems, soothing-rhythm breathing, mindfulness exercises, development of compassionate attention and reasoning, compassionate imagery, cultivation of a compassionate self, and compassionate behavioral practices. The control group received no psychological intervention during the study period and remained on a waiting list.

All participants completed the outcome measures at pretest, immediately after completion of the intervention period, and at a two-month follow-up. Data were analyzed using descriptive statistics and mixed analysis of variance. Normality, homogeneity of variances, homogeneity of variance-covariance matrices, and sphericity were examined before inferential analyses. Because the sphericity assumption was violated, Greenhouse-Geisser corrections were applied. Bonferroni post hoc comparisons were used to determine the location of significant between-group differences.

Findings

The study included 45 participants, with 15 individuals in each group. In the emotion-focused therapy group, 53.33% were women and 46.67% were men. In the self-compassion-based therapy group, 60% were women and 40% were men, whereas the control group consisted of 46.67% women and 53.33% men. Age and educational-level distributions were relatively balanced across the three groups.

Descriptive results showed similar pretest scores across groups. For love trauma symptoms, the pretest means were 23.20 in the emotion-focused therapy group, 22.80 in the self-compassion-based therapy group, and 23.20 in the control group. At posttest, these means decreased to 17.93, 15.80, and 22.53, respectively. At follow-up, the corresponding means were 15.93, 13.80, and 21.93. Thus, both experimental groups demonstrated substantial reductions in love trauma symptoms, with the self-compassion-based therapy group showing the largest reduction.

For the emotional distress tolerance dimension, the mean score in the emotion-focused therapy group increased from 6.53 at pretest to 10.93 at posttest and 12.60 at follow-up. In the self-compassion-based therapy group, the mean increased from 6.07 to 9.13 and 10.93, while the control group showed only a modest increase from 5.32 to 6.00 and 6.60. Similar patterns were observed for absorption by negative emotions, appraisal of distress, and distress regulation, with greater improvement in both intervention groups than in the control group and consistently larger gains in the emotion-focused therapy group.

Mixed analysis of variance demonstrated a significant effect of time on love trauma symptoms, $F=434.350$, $p<0.001$, $\eta^2=0.812$, and a significant time-by-group interaction, $F=73.146$, $p<0.001$, $\eta^2=0.777$. Significant time effects were also found for emotional distress tolerance, $F=463.941$, $p<0.001$, $\eta^2=0.817$; absorption by negative emotions, $F=287.458$, $p<0.001$, $\eta^2=0.873$; appraisal of distress, $F=479.401$, $p<0.001$, $\eta^2=0.819$; and distress regulation, $F=604.752$, $p<0.001$, $\eta^2=0.835$. The time-by-group interactions were significant for all four distress-tolerance dimensions: emotional distress tolerance, $F=61.858$, $p<0.001$, $\eta^2=0.746$; absorption by negative emotions, $F=48.542$, $p<0.001$, $\eta^2=0.698$; appraisal of distress, $F=68.618$, $p<0.001$, $\eta^2=0.766$; and distress regulation, $F=52.024$, $p<0.001$, $\eta^2=0.712$.

Bonferroni comparisons showed significant differences between each intervention group and the control group at posttest and follow-up. For love trauma symptoms, the self-compassion-based therapy group obtained significantly lower scores than the emotion-focused therapy group, indicating greater effectiveness in reducing love trauma. In contrast, the emotion-focused therapy group demonstrated significantly greater improvement than the self-compassion-based therapy group across all dimensions of distress tolerance. Significant differences remained evident at the two-month follow-up, indicating maintenance of treatment effects.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that both emotion-focused therapy and self-compassion-based therapy were effective in reducing love trauma symptoms and improving distress tolerance among individuals who had experienced romantic breakup. These results indicate that psychological interventions targeting emotional processing and compassionate self-responding can meaningfully improve post-breakup adjustment. Importantly, the significant time-by-group interactions confirmed that the observed changes were not merely attributable to the passage of time, but were associated with the interventions received.

Self-compassion-based therapy showed greater effectiveness in reducing love trauma symptoms. This may be explained by the nature of romantic breakup, which frequently activates feelings of rejection, inadequacy, loneliness, and personal failure. Compassion-based practices may reduce the secondary suffering generated by harsh self-evaluation and create a safer internal emotional context in which the loss can be acknowledged and processed. By cultivating self-kindness, balanced awareness, and emotional soothing, individuals may become less overwhelmed by the meaning they attribute to the breakup and more capable of accepting the end of the relationship without interpreting it as evidence of personal worthlessness.

Emotion-focused therapy, however, produced greater improvement in distress tolerance. This finding may reflect the direct experiential nature of the intervention. Participants were repeatedly encouraged to identify, approach, experience, differentiate, and regulate difficult emotions instead of attempting to suppress or escape them. Through this process, they may have learned that painful emotions can be experienced without psychological disintegration or loss of behavioral control. Such repeated and structured engagement with sadness, anger, rejection, fear, and loneliness can increase confidence in one's ability to tolerate emotional distress and may explain the stronger effects of emotion-focused therapy on distress-tolerance dimensions.

The maintenance of improvements at the two-month follow-up is also clinically meaningful. It suggests that participants were able to continue applying the emotional and self-compassionate skills acquired during treatment after the formal intervention ended. In the emotion-focused therapy group, improved emotional differentiation and processing may have strengthened long-term capacity to manage distress. In the self-compassion-based therapy group, compassionate attention, soothing strategies, and supportive internal dialogue may have become more accessible methods for coping with recurring breakup-related memories and emotional triggers.

Overall, the findings support the use of both interventions for individuals experiencing romantic breakup, while also suggesting that treatment selection may be optimized according to the individual's dominant clinical needs. Self-compassion-based therapy may be particularly advantageous when severe love trauma symptoms, rejection-related suffering, and emotional vulnerability are prominent. Emotion-focused therapy may be especially beneficial when the primary difficulty involves poor tolerance of intense emotional states and difficulty remaining engaged with distress without becoming overwhelmed. The present study therefore suggests that both approaches are effective, but their relative strengths differ: self-compassion-based therapy appears more effective for reducing love trauma symptoms, whereas emotion-focused therapy appears more effective for enhancing distress tolerance.

فهرست منابع

References

- Ahmadpour, Dizaji, Zaharakar, K., & Kiamanesh, A. (2017). Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Well-Being Therapy on Psychological Capital of Female Students with Romantic Breakup. *Woman and Culture*, 9(31), 7-21.
- Amanelahi, A., Tardast, K., & Aslani, K. H. (2015). Prediction of love trauma syndrome based on self compassion among female students having experienced romantic breakups. *Journal of Applied Psychology*, 8(4), 43-61. <https://ensani.ir/fa/article/download/544970>
- Biriyai, D., Montazeri, Z., Jouzi, M., Rabbani, S., Badihi, M., & Shokrolahi, M. (2026). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy in a Group Setting on Death Anxiety and Distress Tolerance among Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 18(4), 73-87.
- Deniz, M. E., & Yıldırım Kurtuluş, H. (2023). Self-efficacy, self-love, and fear of compassion mediate the effect of attachment styles on life satisfaction: A serial mediation analysis. *Psychological Reports*, 00332941231156809. <https://doi.org/10.1177/00332941231156809>
- Ertezaee, B., Neissi, A., Hamid, N., & Davoudi, I. (2023). The effectiveness of emotion focused therapy on mental pain, experiential avoidance, and forgiveness in women with depression, who experienced a romantic relationship breakup [Research]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(6), 64-77. <https://doi.org/10.32598/shenakht.9.6.64>
- Etesamifard, H., & Alaviniya, N. (2025). A Comparison of Object Relations, Self-Compassion, and Coherent Self-Knowledge among Students with Different Levels of Love Trauma. *Quarterly Journal of Psychological and Educational Studies*, 11(1).
- Firinci, C. (2019). *Mediating Roles of Self-Compassion, Gratitude and Forgiveness in the Relationship between Early Maladaptive Schemas and Breakup Adjustment: A Mixed Method Study* [TED University]. Turkey.

- Hasani Rad, S., Bavi, S., & Heidari, A. (2025). The Efficacy of Emotion-Focused Therapy on Distress Tolerance and Resilience in Female Students with Aggression Symptoms. *Women's Health Bulletin*, 12(2), 137-145. <https://doi.org/10.30476/whb.2025.104405.1319>
- Heydari, S., Jahan, F., Sotodehasl, N., & Mehrafzoon, D. (2026). Comparing the Effectiveness of the Intolerance of Uncertainty Therapy and Emotion-Oriented Therapy Based on Compassion on Psychological Coherence, Resilience and Distress Tolerance in Divorcing Women. *Journal of Modern Psychological Researches*, 21(81), 71-88.
- Karaminezhad, Z., Sodani, M., & Mehrabizadeh honarmand, M. (2017). Effectiveness emotion focused therapy approach on cognitive emotion regulation on emotional breakdown girl students [Research]. *scientific magazine yafte*, 18(4), 79-86. <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-2416-en.html>
- Mikaeili, N., Salmani, A., & Sharei, A. (2025). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Parenting Self-Efficacy and Distress Tolerance in Mothers with Insecure Attachment Styles. *Journal of Family Relations Studies*, 5(3), 1-11. <https://doi.org/10.22098/jfrs.2025.17963.1255>
- Nejad Rodani, R. S. M. F. S., & Shahbazi, M. (2023). Relative Effectiveness of Acceptance/Commitment and Schema Therapies on Love Trauma Syndrome and Self-compassion in Unmarried Girls With Emotional Breakdown. *Journal of Research and Health*, 13(6), 437-446.
- Nouri Ghaleh Alikhani, F., Janadeleh, V., Emami, F., Gharibian, F., & Al-Kathir, F. (2025). Predicting Distress Tolerance in Mothers of Children with Physical-Motor Disabilities Based on Guilt, Self-Compassion, and Mindfulness. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 14(8), 243-252.
- Park, S., & Lee, H.-K. (2024). The Relationship Between Internalized Shame and Relationship Addiction in University (Graduate) Students: Self-Compassion and Distress Tolerance as Sequential Mediators. *Korean Assoc Learner-Centered Curric Instr*, 24(24), 175-189. <https://doi.org/10.22251/jlcci.2024.24.24.175>
- Saidi, B., Narimani, M., & Hosseini, S. (2024). Effectiveness of Compassion-Focused Art Therapy on Distress Tolerance in Female Adolescents from Dysfunctional Families: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Medical Sciences, Rafsanjan University of Medical Sciences*, 23(3), 91-104. <https://doi.org/10.61186/jrums.23.3.91>
- Shabaninia, S., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2025). Love in contrast: comparing emotionally focused therapy (EFT) and need-based educational package in women with low sexual desire. *Sexual and Relationship Therapy*, 40(2), 482-496. <https://doi.org/10.1080/14681994.2025.2469299>
- Shahmoradi, M., Nicknam, M., & Khakpour, R. (2021). A Comparison of the Effects of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Emotionally-Focused Couple Therapy on Love Schemas of Married Women. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(2), 190-201. https://www.aftj.ir/article_140281.html
- Toope, M., Mirzamani Bafghi, S. M., & Hatami, M. (2025). The Effectiveness of Reality Therapy and Emotion-Focused Therapy on Cognitive Avoidance in Women with Marital Distress. *Iranian Journal of Educational Research*, 4(2), 0-0. <https://ijer.hormozgan.ac.ir/article-1-389-en.pdf>
- Walton, C. C., Lewis, K. J., Kirby, J. N., Purcell, R., Rice, S., & Osborne, M. S. (2024). Self-Compassionate Motivation and Athlete Well-Being: The Critical Role of Distress Tolerance. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 18(1), 131-149. <https://doi.org/10.1123/jcsp.2022-0009>
- Yavari, Y., Khoshakhlaq, H., & Sharbafchizadeh, M. (2024). Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Self-Blame, Distress Tolerance, Self-Conscious Affect, and Conflict Resolution Styles in Patients with Cancer in Isfahan. *Quarterly Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*, 25(95), 234-251.