

## Development and Effectiveness Evaluation of a Group Treatment Package based on Transactional Analysis and Acceptance and Commitment Therapy on Aspects of Self-compassion in Girls with Emotional Breakdown Experience

Aghajani, \*F., Dortaj, F., Delavar, A., Navabi-Nejad, Sh., Mardani-Rad, M.

### Abstract

**Introduction:** The aim of present research was to develop and evaluate the effectiveness of a group treatment package based on transactional analysis and acceptance and commitment therapy on self-compassion components in girls with emotional breakdown experience.

**Method:** A mixed method was applied to develop the educational package and semi-experimental design were used to examine the instructional intervention. The study population consisted of all students with emotional breakdown in Islamic Azad University, Science and Research Branch in 2020. A total sample of 30 subjects selected by available sampling method and randomly divided to experimental (n=15) and control (n=15) groups and the inclusion/exclusion criteria were controlled for. The experimental group received 8 session of researcher made package, whereas the control group remained in the waiting list. The Neff Self-compassion Questionnaire was administered in the pretest posttest and followup stages and extracted data were analyzed by a covariance statistical method.

**Results:** The findings showed significant differences between two groups after intervention and in followup ( $p < 0.01$ ). Decreased means of self-judgment, extreme identification and isolation, as well as , increased means of self-kindness, mindfulness and human commonalities observed in experimental group subjects than control.

**Conclusion:** It could be concluded that the developed package was effective and could be apply to girls with a history of traumatic emotional breakdown.

**Keywords:** Mutual relations analysis, Acceptance and commitment, Self-compassion, Emotional breakdown.

## تدوین و بررسی اثربخشی بسته درمان گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های خودشفقتی دختران با تجربه شکست عاطفی

فرونوش آقاجانی<sup>۱</sup>، فریبرز درتاج<sup>۲</sup>، علی دلاور<sup>۳</sup>، شکوه نوابی‌نژاد<sup>۴</sup>، مژگان مردانی‌راد<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۹

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف تدوین و تعیین اثربخشی بسته درمان گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های خودشفقتی دختران با تجربه شکست عاطفی انجام گرفت.

**روش:** برای تدوین بسته آموزشی روش آمیخته استفاده شد و طرح پژوهش جهت بررسی اثربخشی مداخله آموزشی نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش تمامی دانشجویان دچار شکست عاطفی دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین و کاربردی تصادفی شدند و ملاک‌های ورود و خروج کنترل شد. گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله گروهی محقق ساخته را دریافت کردند ولی گروه کنترل در لیست انتظار ماند. پرسشنامه خودشفقتی نف در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد و داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها تفاوت آماری معناداری را میان دو گروه در پس‌آزمون و در پیگیری نشان داد ( $p < 0.01$ ). میانگین مؤلفه‌های قضاوت خود، همانندسازی افراطی و انزوا در گروه آزمایش نسبت به کنترل کاهش یافت، درحالی‌که میانگین مؤلفه‌های مهربانی به خود، ذهن‌آگاهی و اشتراکات انسانی کاهش یافتند.

**نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که بسته آموزشی درمانی تدوین شده گروه درمانی مبتنی بر تحلیل روابط متقابل و پذیرش و تعهد بر خودشفقتی اثربخش است و می‌توان از این مداخله برای افراد دارای شکست عاطفی بهره گرفت.

**واژه‌های کلیدی:** تحلیل روابط متقابل، پذیرش و تعهد، خودشفقتی، شکست عاطفی.

## مقدمه

شکست عاطفی می‌تواند برای هر فردی ضربه‌ای بزرگ محسوب شود و تبدیل به یکی از غم‌انگیزترین حادثه‌ها و تلخ‌ترین دوره‌های زندگی فرد شود؛ اما باید پذیرفت که ناپایداری بخشی از شیدایی عشق است (۱). یکی از شایع‌ترین و عمیق‌ترین تجربه‌های فقدان و سوگ مربوط به ناکامی ناشی از فروپاشی روابط عاشقانه و عمدتاً عشق است (۲). زمانی که فرد سوگ یا فقدان را مثل مرگ والدین، همسر و فرزند تجربه می‌کند، فرآیند سوگ توسط رفتار حمایتی نزدیکان تسهیل می‌شود. در حالی که زمانی که فرد سوگ یا فقدان روابط عشق را تجربه می‌کند، چنین حمایتی نه تنها دیده نمی‌شود بلکه در اصل فرآیند سوگ توسط خانواده و نزدیکان او جدی تلقی نمی‌شود و یا اینکه سرزنش هم می‌شود و گاهی خود فرد نیز با اجتناب هیجانی یا درگیری شدید با فقدان، تجربه واقعی و دردناک را تحریف می‌کند (۳).

هنگامی که یک رابطه عاطفی نسبتاً پایدار به پایان می‌رسد، احساسات بسیار متفاوتی می‌توانند پدید آیند. اگرچه هر فردی منحصر به فرد است، اغلب افراد مراحل متفاوتی از پدیده فقدان را تجربه می‌کنند. تجارب معمول پس از یک شکست عاطفی می‌تواند شامل دامنه وسیعی از احساسات مانند احساسات خشم، غم و اندوه، افسردگی، تنهایی، اضطراب و بی‌خوابی، علائم جسمانی و در نهایت فروپاشی اعتماد متقابل و مشکل در ایجاد مجدد رابطه با دیگران باشد (۴).

اما بدون تردید عشق ناکام، سوگوار است و در وهله نخست باید این سوگ را پذیرفت و فرآیند سوگواری را تسهیل کرد (۵). تمام ناکامان در محبت چه بکشند و چه بمیرند و یا از مصیبت‌های کمتری رنج ببرند، درگیر کنترل بیرونی هستند (۶). رویدادهایی بیشترین تأثیرهای منفی را در زندگی فرد دارند که او باور داشته باشد آنها مهار نشدنی، مبهم و غیرقابل پیش‌بینی هستند (۷).

مفهوم خودشفقت توسط نف (۵) به عنوان داشتن سه مؤلفه درونی مرتبط به هم که در زمان درد و شکست ظاهر می‌شود، تعریف شده است. این سه مؤلفه عبارتند از: الف) مهربانی و درک صحیح به خود در زمان درد یا شکست، ب) درک رنج خود به عنوان بخشی از یک تجربه

بزرگ انسانی، و ج) داشتن احساسات و افکار دردناک در ذهن آگاهی است (۸). شواهد قابل توجهی از خودشفقت‌ورزی به عنوان یک ویژگی مفید حمایت می‌کنند (۹). خودشفقتی موجب افزایش توان مقابله با آشفتگی‌ها و تمایلات خودانتقادی می‌شود و قابلیت تعامل با دیگران را که از مسائل مهم انطباقی و اجتماعی نیز است، بالا می‌برد (۱۰). افراد خودشفقت میزان پایین‌تری از تنش‌های روانی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس را گزارش می‌کنند (۱۱) همچنین شواهد نشان می‌دهد که افرادی که خودشفقت‌ورزی بالاتری دارند، رضایت از زندگی، ارتباطات اجتماعی، هوش هیجانی، و شادی بیشتر و شرم، ترس از شکست و فرسودگی شغلی کمتری دارند (۸). دیگر مطالعات نشان دادند که بین خودشفقت‌ورزی و رضایتمندی از زندگی، خوشبختی (۱۲، ۱۳ و ۱۴)، خوش‌بینی (۱۵)، عواطف مثبت (۱۶ و ۱۷)، مهارت‌های مقابله‌ای (۱۸)، و سلامت روانشناختی (۱۹ و ۲۰) و خودکارآمدی (۲۱)، رابطه مثبت وجود دارد. این مسئله تأیید شده است که رفتار مهربانه و شفقت خود، رفتارهای توأم با مهربانی و شفقت نسبت به دیگران را به دنبال دارد. در حقیقت نف و براتوس (۱۷) نشان دادند که افرادی که رتبه بالاتری از نظر خودشفقت‌ورزی دارند، در روابط شان نیز رفتارهای مثبت‌تری از خود نشان می‌دهند. بعد از آن نیز یارانل و نف (۲۲) به این نتیجه دست یافتند که شفقت خود، احتمال سازگاری به هنگام طلاق و جدایی عاطفی را افزایش داده و احساسات اعتمادپذیری و صحت را که منجر به آشفتگی عاطفی کمتر و سطح بالاتری از بهزیستی عاطفی می‌شوند را هم ارتقا می‌بخشد. نشان داده شد که خودشفقتی یکی از متغیرهای پیش‌بین افسردگی برای دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عاطفی است (۲۲).

برای افرادی که درگیر شکست عاطفی می‌شوند درمان‌های زیادی ارائه شده است. این درمان‌ها در دو دسته کلی قرار می‌گیرند: روان‌درمان و دارودرمانی (۲۳). انواع مختلفی از روان‌درمانی وجود دارد از جمله مداخلات رفتاری شناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیک (۲۴)، شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهانه (۲۵) و رویکردهای فراشناختی (۲۶). به طور مستقیم این مداخلات به جای تمرکز بر روی تغییر رویدادهای روانی، به دنبال تغییر عملکرد این رویدادها و رابطه فرد با آنها، از طریق

راهبردهایی مثل تمرکز حواس، پذیرش و گسلش است (۲۵). تحلیل رفتار متقابل نظریه‌هایی است در مورد شخصیت و روش منظمی است برای روان‌درمانی به منظور رشد و تغییرات شخصی این تعریفی است که به وسیله انجمن بین المللی تحلیل رفتار متقابل ارائه شده است. تحلیل رفتار متقابل به عنوان نظریه شخصیت، تصویری از ساختار روانشناسی انسان‌ها به ما ارائه می‌دهد. بدین منظور از یک الگوی سه بخشی به عنوان الگوی حالات نفسانی خود استفاده می‌کند. همین الگوی شخصیتی به ما کمک می‌کند تا دریابیم انسان‌ها چگونه عمل و رفتار می‌کنند و این که چگونه شخصیت خود را در قالب رفتارهایشان آشکار می‌سازند.

به نظر برن (۸) تحلیل روابط اصولاً در روابط و زناشویی و پیوندهای اجتماعی کاربرد دارد. در این موقعیت‌ها، تحلیل روابط می‌تواند پیش‌بینی‌ها و بازنگری‌های مفید و قانع کننده‌ای را به دست دهد. در تحلیل روابط بیشتر به روابط انسان‌ها با یکدیگر توجه می‌شود و اعتقاد بر این است که اگر افراد روابطی سالم، مثبت و رضایت‌بخش با یکدیگر داشته باشند و آن را جایگزین روابط تخریبی، منفی و تحقیرآمیز نمایند، قادر خواهند بود که از فشارهای روانی خود و دیگران بکاهند و از زندگی خود لذت بیشتری ببرند (۲۶). پژوهش‌هایی، اثربخشی تحلیل رفتار متقابل را بر کاهش تعارضات زناشویی (۲۷)، شیوه‌های رویایی با استرس (۲۸)، خودپنداره (۲۹)، پیدایش، عقاید مثبت‌تر در زمینه روابط با کارمندان (۳۰)، در جلوگیری از افزایش تعارض و خشونت (۳۱) و بر توسعه مهارت‌های ارتباطی و درک دیگران و خود ابرازی (۳۲) نشان داده‌اند.

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک نوع رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش است که هدف آن به عمل آوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه‌های آزارنده است (۳۳). این درمان به مراجعان کمک می‌کند که به افکار و احساساتشان کمتر معنی واقعی بدهند و مشاهده واکنش‌های شخصی در پریشانی روانی و تعهد و پیشرفت به سمت ارزش‌های زندگی را یاد بگیرند (۳۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس یک تحلیل رفتاری جامع از اینکه چگونه افراد در زبان و فرآیندهای رفتار کلامی که آنها را در دام مبارزه با افکار و احساسات ناخاسته می‌اندازد، ارائه می‌

دهد (۳۵). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است. انعطاف‌پذیری روانشناختی عبارت است از: ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هوشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند (۳۶). صادقان، فخری و حسن-زاده (۳۷) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر خودارزشمندی و سرمایه روانشناختی فرزندان طلاق" به این نتیجه رسیدند که آموزش پذیرش و تعهد گروهی منجر به بهبود خودارزشمندی و افزایش سرمایه روانشناختی در فرزندان طلاق شد. قدم‌پور و همکاران (۳۸) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تغییر سطح خوددلسوزی و تنظیم هیجانی در زوجین مبتلا به افسردگی" به این نتیجه رسیدند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش میزان خوددلسوزی و تنظیم هیجانی تأثیر معنی‌داری داشته است. مشاهدات حاضر مؤید اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در تغییر سطح خوددلسوزی و میزان تنظیم هیجانی زوجین مبتلا به افسردگی است. روحی و همکاران (۳۹) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش شفقت به خود، و تحمل آشفتگی در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی" به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود کلی و تحمل آشفتگی کلی در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی در دوره متوسطه دوم مؤثر بوده است. آرک و کراسک (۳۶) در پژوهشی نشان دادند که درمان‌های شناختی به طور کلی بر افزایش شفقت‌ورزی کودکان دچار اختلالات اضطرابی تأثیر می‌گذارد؛ اما درمان‌های پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان‌های شناختی - رفتاری تأثیرگذاری طولانی مدت‌تری داد.

هرچند در مطالعات پیشین اثربخشی روش‌های درمانی متعدد از جمله روش درمانی تحلیل رفتار متقابل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کمک به دختران دچار شکست عاطفی مورد بررسی قرار گرفته است اما تا به حال در هیچ پژوهشی اثربخشی برنامه تلفیقی روش‌های درمانی تحلیل رفتار متقابل و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی دختران دچار شکست عاطفی مورد مطالعه قرار نگرفته است و تنها پژوهش‌های محدودی تأثیر هر یک از دو روش‌های مذکور را

بر خودشفقتی مورد بررسی قرار دادند. از این رو مطالعه حاضر قصد دارد تا ضمن تدوین برنامه درمانی گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد، به بررسی این سؤال بپردازد که آیا این برنامه بر مؤلفه‌های خودشفقتی دانشجویان دختر دانشگاه علوم تحقیقات که دچار شکست عاطفی شده‌اند اثربخش است؟

## روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش از نوع ترکیبی (کیفی و کمی) شامل بخش کیفی از نوع تدوین برنامه درمانی آموزشی گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد و بخش کمی از نوع نیمه‌آزمایشی برای ارزیابی اثربخشی برنامه‌ی تدوین شده‌ی برنامه درمانی آموزشی گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد بر خودشفقتی بود. اجرای این پژوهش در دو مرحله صورت گرفت؛ در مرحله‌ی اول براساس اسناد، منابع، ادبیات نظری، پیشینه‌ی پژوهشی و برنامه‌های موجود در این زمینه برنامه‌ی آموزشی گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد در ۸ جلسه تدوین شده و روایی محتوایی آن از طریق نظر اساتید و متخصصان مورد ارزیابی گرفت.

برای تبدیل قضاوت کیفی اساتید و متخصصان به کمیت درباره‌ی روایی محتوایی برنامه‌ی تدوین شده، از روش لائوشه (CVR) استفاده شد. بسته آموزشی با مرور ادبیات پژوهش با بهره‌گیری از نظر متخصصان این حوزه (شامل روانشناس بالینی، مشاوره توانبخشی و روانشناس تربیتی) طراحی شد. به منظور متناسب‌سازی بسته‌ی طراحی شده جلساتی با متخصصین روانشناس و روانشناس تربیتی گذاشته شده و از نظرات آنان برای طراحی محتوای بسته آموزشی بهره گرفته شد. این بسته آموزشی در سه سطح شروع جلسات، ادامه و اجرای محتوای اصلی و اصول پایان دادن به جلسات طراحی شده است.

پس از آنکه بسته آموزشی طراحی شد برای چهار نفر متخصص روانشناسی تربیتی، دو نفر متخصص روانشناسی بالینی، دو نفر متخصص مشاوره توانبخشی، دو نفر متخصص روانسنجی ارسال شد و از آنها خواسته شد فرم ارزیابی روایی را کامل کنند. در این فرم از داوران خواسته شد که نظر خود را درباره‌ی مناسب بودن هر یک از جلسات

بسته آموزشی در مقیاس عددی بین ۰ تا ۷ درجه‌بندی کرده و در صورتی که طبق نظر ایشان، جلسه‌ای نمره پایین‌تر از ۴ را کسب کرد، پیشنهادات کاربردی خود را برای ارتقای کیفیت آن جلسه بنویسند. سپس نظر متخصصین جمع‌آوری شده و بسته آموزشی تدوین شده اصلاح گردید. همچنین به منظور برآورد روایی بسته آموزشی طراحی شده جلساتی با متخصصین این حوزه برگزار شد. ضرایب روایی محتوایی بدست آمده از نظر متخصصان به روش لائوشه برای ۸ جلسه بسته آموزشی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۱، ۰/۶۸، ۰/۷۳، ۰/۷۸، ۰/۶۵، ۰/۷۸، ۰/۷۶، ۰/۸۰ می‌باشد که این ضرایب نشان دهنده روایی مناسبی می‌باشد.

به منظور آزمون مقدماتی بسته آموزشی، این الگوی درمانی بر روی یک گروه ۳۰ نفره از دختران دارای شکست عاطفی بر اساس ملاک‌های وروو و مصاحبه صورت گرفته، در قالب یک مطالعه مقدماتی، اجرا شد. ضمن اینکه، در پایان هر جلسه، نظرات و پیشنهادات شرکت‌کنندگان درباره شکل و محتوای هر جلسه پرسیده می‌شد و در اصلاح و ارتقای نهایی بسته آموزشی، لحاظ گردید. همچنین، پرسشنامه‌های مؤلفه‌های شفقت قبل و بعد از اجرای بسته آموزشی، توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش تکمیل گردید.

حیطه مطالعه تمامی منابع نوشتاری (چاپی/الکترونیکی) و همچنین غیرنوشتاری (شنیداری/دیداری) ملی و بین‌المللی در زمینه نظریه‌ها، و پژوهش‌های موجود در زمینه تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد می‌باشند که از در/از طریق پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی (همچون ScienceDirect، Springer، Francis Taylor & SAGE، Wiley، ProQuest) و داخلی (همچون بانک اطلاعات نشریات کشور، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پایگاه مجلات تخصصی نور)، آرشیوهای الکترونیک مجلات، کتابخانه دانشگاه‌های ایران و کتابخانه ملی و... قابل بازیابی و دسترسی می‌باشند.

برای انتخاب نمونه از بین منابع و اسناد موجود از روش نمونه‌برداری نظری استفاده شد. نمونه‌برداری نظری در طی مراحل پژوهش توسعه می‌یابد و نمی‌توان آن را از قبل طراحی کرد، زیرا اساس گروه نمونه، مفاهیم و مسائل نظری است که در طی دوره پژوهش بوجود می‌آید. اندیشه‌ها و مفاهیم نظری، گردآوری داده‌ها را کنترل می‌کند. در این

روش، زمانی که هیچ اندیشه [و دانش] جدیدی بوجود نیاید، یعنی پژوهشگر به مرحله اشباع در داده‌ها برسد، نمونه برداری متوقف می‌شود (۴۰). لذا در مطالعه حاضر نیز

گردآوری داده‌های مورد نیاز از منابع تعیین شده تا آنجا ادامه می‌یابد که پژوهشگر به مرحله اشباع اطلاعاتی برسد.

### ویژگی‌های برخی از منابع و برنامه‌ها

نویسندگان / سال	برنامه / مواد آموزشی	طول زمان اجرا / ردیف	نمونه‌ها	نتایج
همامسی (۲۰۰۵)	تحلیل رفتار متقابل	۹ جلسه	زوجین	افزایش رضایت و سازگاری زناشویی
کنگ (۲۰۰۵)	تحلیل رفتار متقابل	مطالعه طولی جلسات دروه ای یک ساله	۳۶ زوج	ایجاد رضایت، احساسات مثبت، تعدیل تعارض. پایداری زناشویی
باربارا و کری (۲۰۲۰)	تحلیل رفتار متقابل	۱۶ جلسه - هفته‌ای ۲ جلسه	زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله	تغییرات معنادار در خودشناسی
هانتر (۲۰۱۴)	تحلیل رفتار متقابل	۱۰ جلسه	دختران پرستاری	بهبود نشانگان بالینی شکست عاطفی
جوزف (۲۰۱۳)	پذیرش و تعهد	۱۶ جلسه	دانشجویان	افزایش انعطاف‌پذیری
کوالکوسکی (۲۰۱۲)	پذیرش و تعهد	۸ جلسه	دختران	افزایش مؤلفه‌های شفقت‌ورزی
نوشادی و همکاران (۱۳۹۰)	تحلیل رفتار متقابل	۸ جلسه در یک ماه	زنان مراجعه کننده به مراکز طلاق	افزایش رضایت زناشویی
حاجی سیدنصیر (۱۳۸۱)	مشاوره گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل	۸ جلسه	دانشجویان دختر	تغییر مثبت خودپنداره و منبع کنترل
فتوحی بناب و همکاران (۱۳۹۰)	تحلیل رفتار متقابل	۹ جلسه	زوجین	افزایش خودشناسی
اکبری و همکاران (۱۳۹۱)	تحلیل رفتار متقابل	۱۰ جلسه	دختران	بهبود علائم مرضی دختران دچار شکست عاطفی
نژاد کریم و همکاران (۱۳۹۶)	پذیرش و تعهد	۱۰ جلسه	زنان	افزایش سطح بخشودگی زنان

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عاطفی دانشگاه آزاد اسلامی علوم تحقیقات در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. با توجه به این که میزان آسیب‌دیدگی روانی دختران در شکست عاطفی بیشتر از پسران است (۴۱)، جامعه پژوهش دختران دارای شکست عاطفی انتخاب شد. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش شیوه دردسترس بود. به این صورت که نمونه‌گیری با پخش اطلاعیه‌ای در دانشگاه آزاد علوم تحقیقات برای مراجعه دانشجویانی که به تازگی با فروپاشی رابطه عاطفی مواجه شده بودند، آغاز شد. پس از مراجعه دانشجویان، ابتدا پرسشنامه ضربه عشق اجرا شد و افراد با نمره نقطه برش ۲۰ تا ۳۰ در پرسشنامه ضربه عشق به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد و با انجام مصاحبه افراد وارد پژوهش شدند. در پژوهش حاضر با پخش اطلاعیه ۶۴

نفر با داشتن تجربه شکست عاطفی مراجعه کردند که با بررسی ملاک‌های ورود ۵۱ نفر دارای شرایط نمونه پژوهش را داشتند که پس از انجام مصاحبه ۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل: ۱. وجود پایان یک رابطه عاشقانه در سه ماه تا یکسال گذشته، ۲. کسب نمره بالاتر از ۲۰ در پرسشنامه ضربه عشق، ۳. تمایل به شرکت منظم در جلسه‌های مداخله و ۴. موافقت دانشجویان برای شرکت در پژوهش بر اساس رضایت‌نامه کتبی. و ملاک‌های حذف شامل: ۱. نداشتن اختلال روانی مشخص، ۲. نداشتن سابقه سوء مصرف مواد، ۳. استفاده از هر نوع خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی، ۴. درگیر نبودن در یک رابطه عشقی کنونی، ۵. همکاری نکردن در فرآیند جلسات آموزشی و انجام ندادن تکالیف اصلی.

برنامه‌ی آموزشی گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد در ۹ جلسه تدوین شده و روایی محتوایی آن از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با اساتید و متخصصان مورد ارزیابی گرفت. برای تبدیل قضاوت کیفی اساتید و متخصصان به کمیت دربارهی روایی محتوایی برنامه‌ی تدوین شده، از روش لاوشه (CVR) استفاده شد. سپس در مرحله‌ی دوم، بعد از اجرای پیش‌آزمون، برنامه‌ی تدوین شده بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده و به روال عادی خود ادامه داد. در نهایت بعد از پایان جلسات، پس‌آزمون بر روی گروه‌های آزمایش و کنترل اجرا شد و داده‌های به دست آمده از نمونه‌ها آماده‌ی تحلیل گردیدند. خلاصه جلسات آموزشی گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد در جدول زیر ارائه شده است.

جدول (۱) خلاصه جلسات تدوین شده تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد

جلسه اول	آشنا نمودن بیشتر مراجع با درمان مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و پذیرش و تعهد اهداف درمانی و ارتباط دادن آن با ارزش‌های مراجع
جلسه دوم	کمک به مراجعه در شناخت و افزایش آگاهی از کنترل فراگیر احساسات شخصی
جلسه سوم	افزایش آگاهی مراجع از کنترل فراگیر احساسات شخصی و تحلیل ساختاری حالات نفسانی (بالغ، والد، کودک)، تکلیف: رسم اگوگرام
جلسه چهارم	مربوط ساختن موقعیت‌های اختصاصی به عنوان هدف گسلش و فعالیت پذیرش شروع متمرکز کردن توجه مراجع روی فرآیند کلامی سازی به جای محتواسازی
جلسه پنجم	آموزش روابط متقابل پنهان، رفتار متقابل مضاعف و سومین قانون ایجاد رابطه. تکلیف: ارائه چند مثال از روابط پنهان در روابط خود
جلسه ششم	آموزش چگونگی برخورد با بازی‌ها و آشنایی با نحوه توقف بازی‌های روانی
جلسه هفتم	مصمم شدن برای وضع تمرین ذهن آگاهی بیشتر روشن و واضح کردن ماهیت عمل متعهد (تعهد)، نشان دادن راه‌های بیشتر مدیریت موانع ارتقای بیشتر عمل متعهد از طریق تکالیف. ادامه دادن به فعالیت‌های مرتبط با ارزش‌ها افزایش تمایل برای تجربه افکار و احساسات ناخواسته‌ای که عمل متعهد را به طور مداوم احاطه کرده‌اند.
جلسه هشتم	آموزش چهار وضعیت وجودی، شفای کودک درون

انحراف معیار پیش‌آزمون متغیر ذهن آگاهی در گروه آزمایش ۱۱/۸۷ و ۱/۸۱ و در گروه کنترل ۱۱/۴۰ و ۱/۷۶ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون متغیر ذهن آگاهی در گروه آزمایش ۱۴/۱۳ و ۲/۴۲ و در گروه کنترل ۱۱/۳۳ و ۱/۹۱ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون متغیر همانندسازی افراطی در گروه آزمایش ۱۴/۶۰ و ۲/۹۵ و در گروه کنترل ۱۴/۵۳ و ۳/۰۴ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون متغیر همانندسازی افراطی در گروه آزمایش ۱۲/۲۰ و ۲/۸۶ و در گروه کنترل ۱۴/۶۷ و ۳/۰۶ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون متغیر اشتراکات انسانی در گروه آزمایش ۱۰/۲۷ و ۱/۶۷ و در گروه کنترل ۱۰/۱۳ و

این ۳۰ نفر که رضایت کامل برای مشارکت در پژوهش را داشتند، برای پژوهش انتخاب شدند، و به طور تصادفی به گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

## ابزار

۱. پرسشنامه خودشفقتی: این پرسشنامه ۲۶ ماده ای توسط نف(۴۲) طراحی شد. این پرسشنامه شامل خرده مقیاس‌های خودمهربانی، خودقضاوتی، انسانیت مشترک، انزواء، ذهن آگاهی و شناخت بیش از حد است. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس خودشفقتی در پژوهش نف(۴۲) ۰/۹۳ و در پژوهش بشرپور و عیسی‌زادگان(۴۳) در دامنه ۰/۶۱ برای همدردی بیش از حد، تا ۰/۸۹ برای ذهن آگاهی بود.

**روند اجرای پژوهش:** اجرای این پژوهش در دو مرحله صورت گرفت؛ در مرحله‌ی اول براساس اسناد، منابع، ادبیات نظری، پیشینه‌ی پژوهشی و برنامه‌های موجود در این زمینه،

## یافته‌ها

چنانکه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون متغیر مهربانی به خود در گروه آزمایش ۱۱/۸۰ و ۱/۸۶ و در گروه کنترل ۱۱/۶۷ و ۱/۹۵ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون متغیر مهربانی به خود در گروه آزمایش ۱۴/۸۷ و ۱/۶۰ و در گروه کنترل ۱۱/۸۶ و ۱/۹۶ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون متغیر قضاوت خود در گروه آزمایش ۱۴/۹۳ و ۳/۲۴ و در گروه کنترل ۱۴/۸۰ و ۲/۷۰ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون متغیر قضاوت خود در گروه آزمایش ۱۲/۱۳ و ۲/۹۷ و در گروه کنترل ۱۴/۶۰ و ۲/۶۴ می‌باشد. میانگین و

۱/۳۰ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون متغیر اشتراکات انسانی در گروه آزمایش ۱۲/۳۳ و ۱/۱۱ و در گروه کنترل ۱۰/۵۳ و ۱/۱۲ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون متغیر انزوا در گروه آزمایش ۱۳/۸۷ و ۲/۹۵ و در گروه کنترل ۱۳/۹۳ و ۲/۹۴ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون متغیر انزوا در گروه آزمایش ۱۱/۴۰ و ۲/۴۴ و در گروه کنترل ۱۴/۰۰ و ۲/۸۵ می‌باشد.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های خودشفقتی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه

مرحله	متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	مهربانی به خود	۱۱/۸۰	۱/۸۶	۱۱/۶۷	۱/۹۵
	قضاوت خود	۱۴/۹۳	۳/۲۴	۱۴/۸۰	۲/۷۰
	ذهن‌آگاهی	۱۱/۸۷	۱/۸۱	۱۱/۴۰	۱/۷۶
	هماندسازی افراطی	۱۴/۶۰	۲/۹۵	۱۴/۵۳	۳/۰۴
	اشتراکات انسانی	۱۰/۲۷	۱/۶۷	۱۰/۱۳	۱/۳۰
	انزوا	۱۳/۸۷	۲/۹۵	۱۳/۹۳	۲/۹۴
پس‌آزمون	مهربانی به خود	۱۴/۸۷	۱/۶۰	۱۱/۸۶	۱/۹۶
	قضاوت خود	۱۲/۱۳	۲/۹۷	۱۴/۶۰	۲/۶۴
	ذهن‌آگاهی	۱۴/۱۳	۲/۴۲	۱۱/۳۳	۱/۹۱
	هماندسازی افراطی	۱۲/۲۰	۲/۸۶	۱۴/۶۷	۳/۰۶
	اشتراکات انسانی	۱۲/۳۳	۱/۱۱	۱۰/۵۳	۱/۱۲
	انزوا	۱۱/۴۰	۲/۴۴	۱۴/۰۰	۲/۸۵

جدول ۳) آزمون لوین برای بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا در دو گروه

متغیرها	شاخص‌های آماری		
	درجه‌ی آزادی ۱	درجه‌ی آزادی ۲	F
مهربانی به خود	۱	۲۸	۱/۸۳
قضاوت خود	۱	۲۸	۲/۴۷
ذهن‌آگاهی	۱	۲۸	۰/۶۴
هماندسازی افراطی	۱	۲۸	۰/۳۲
اشتراکات انسانی	۱	۲۸	۳/۳۳
انزوا	۱	۲۸	۲/۲۸

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود آزمون ام باکس برای بررسی ماتریس‌های کوواریانس در دو گروه با سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۱ تأیید شد ( $p > 0.01$ ). با توجه به نتایج جدول ۳ و ۴ از آنجایی که مفروضه‌های یکسانی واریانس‌های خطا و برابری ماتریس‌های کوواریانس، برقرار بودند؛ از تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری به منظور مقایسه میانگین نمرات مؤلفه‌های خودشفقتی در پس‌آزمون استفاده شد.

جدول ۳ نتیجه‌ی آزمون لوین جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج، سطح معناداری برای متغیر مهربانی به خود ( $sig = 0.49$ )، برای متغیر قضاوت خود ( $sig = 0.13$ )، برای متغیر ذهن‌آگاهی ( $sig = 0.43$ )، برای متغیر هماندسازی افراطی ( $sig = 0.57$ )، برای متغیر اشتراکات انسانی ( $sig = 0.08$ ) و برای متغیر انزوا ( $sig = 0.14$ )، بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین، مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا برقرار می‌باشد.

جدول ۴) آزمون ام‌باکس برای بررسی مفروضه‌ی برابری ماتریس‌های کوواریانس در دو گروه

آزمون ام باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۲۸/۵۲	۱/۰۴	۲۱	۲۸۸۳/۵۵	۰/۴۱

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بین دو گروه بر روی نمرات تعدیل شده‌ی مؤلفه‌های خودشفقتی

آزمون‌ها	مقادیر	F	df فرضیه	df خطا	Sig	اندازه اثر
اثر پیلاهی	۰/۸۵	۱۵/۵۱	۶	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵

بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی برنامه‌ی درمانی آموزشی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد بر قضاوت خود دختران دچار شکست عاطفی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان قضاوت خود در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

با توجه به نتایج جدول ۶ ( $F= ۱۷/۰۱, P< ۰/۰۰۱$ )، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر ذهن‌آگاهی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی برنامه‌ی درمانی آموزشی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد بر ذهن‌آگاهی دختران دچار شکست عاطفی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان ذهن‌آگاهی در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

با توجه به نتایج جدول ۶ ( $F= ۴۶/۵۰, P< ۰/۰۰۱$ )، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر همانندسازی افراطی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی برنامه‌ی درمانی آموزشی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد بر همانندسازی افراطی دختران دچار شکست عاطفی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان همانندسازی افراطی در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

با توجه به نتایج جدول ۶ ( $F= ۲۲/۸۷, P< ۰/۰۰۱$ )، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر اشتراکات انسانی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی برنامه‌ی درمانی آموزشی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد بر اشتراکات انسانی دختران دچار شکست عاطفی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان اشتراکات انسانی در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

با توجه به نتایج جدول ۶ ( $F= ۶۴/۷۳, P< ۰/۰۰۱$ )، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که اثر پیلاهی ( $F= ۱۵/۵۱, P< ۰/۰۰۱$ )، معنادار می‌باشند. بدین ترتیب مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه، از متغیر مستقل تأثیر پذیرفته‌اند؛ بنابراین، با استفاده از تجزیه و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود، تا معلوم شود که تفاوت مشاهده شده در ترکیب خطی، مربوط به کدام یک از شش متغیر وابسته است.

جدول ۶) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی نمرات تعدیل شده‌ی مهربانی به خود

اندازه اثر	Sig	F	مهربانی به خود
۰/۶۲	۰/۰۰۱	۳۵/۲۵	مهربانی خود
۰/۵۲	۰/۰۰۱	۲۳/۴۵	قضاوت خود
۰/۴۴	۰/۰۰۱	۱۷/۰۱	ذهن‌آگاهی
۰/۶۸	۰/۰۰۱	۴۶/۵۰	همانندسازی افراطی
۰/۵۱	۰/۰۰۱	۲۲/۸۷	اشتراکات انسانی
۰/۷۵	۰/۰۰۱	۶۴/۷۳	انزوا

با توجه به نتایج جدول ۶ ( $F= ۳۵/۲۵, P< ۰/۰۰۱$ )، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر مهربانی به خود در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی برنامه‌ی درمانی آموزشی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد بر مهربانی به خود دختران دچار شکست عاطفی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان مهربانی به خود در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

با توجه به نتایج جدول ۶ ( $F= ۲۳/۴۵, P< ۰/۰۰۱$ )، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر قضاوت خود در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛



در متغیر انزوا در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی برنامه‌ی درمانی آموزشی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد بر انزوا دختران دچار شکست عاطفی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان انزوا در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

### بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی دختران دچار شکست عاطفی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ خودشفقتی و زیرمؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که بسته آموزشی درمانی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد باعث افزایش قابل توجهی در مؤلفه‌های خودشفقتی (خودمهربانی، خودقضاوتی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن آگاهی، شناخت بیش از حد) دختران دچار شکست عاطفی گروه آزمایش شده بود.

در تبیین اثر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، باید به موارد ذیل اشاره کرد. اساساً شکست عاطفی با توجه به تغییر و تبدیلات در حوزه ارتباطی و تغییر نوع نگاه به مسایل بین فردی و فرهنگی پدیده‌ای است رایج که تبعات خاص خود نظیر خود سرزنش‌گری و درگیری و وسواس ذهنی با فرد مورد نظر و... می‌شود. بر این اساس بهداشت‌روانی فرد را به مرور زمان به شدت تهدید شده و موجب بروز مشکلاتی عدیده در حوزه‌های مختلف و کارکردی زندگی شخصی و اجتماعی او می‌شود. اینکه فرد بتواند روان و افکار خود را بازسازی کند نقش بسیار کلیدی در بازگشت او به سمت جریان عادی زندگی دارد. از آنجا که دختران آسیب‌دیده به دلیل طرد شدن از سمت معشوق عزت‌نفسشان به شدت کاهش یافته بود لذا پذیرش این احساس‌ها به نوبه خود کمک شایانی به بهبود در این افراد نمود. در نتیجه ایجاد رابطه همراه با همدلی و اتحاد درمانی ایجاد شده به واسطه تکنیک‌های اجرا توانست کمک شایانی در کاهش استفاده از راهبردهای منفی مقابله‌ای در ارتباط با خود در دختران بنماید.

در تبیین اثر معنادار درمان مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل بر مهربانی با خود می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد. در شیوه تحلیل تبدالی اعتقاد بر آن است که فرد در ارتباط با خود و

دیگران به چهار نوع نتیجه‌گیری دست می‌یابد که موقعیت زندگی او را مشخص می‌کنند و رفتار او را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند. موضع زندگی خلاصه‌ای از اعتقاد به اینکه من چگونه هستم و دیگران چگونه هستند را شامل می‌شود. چهار موضع زندگی عبارتند از: (۱) من خوب نیستم - تو خوبی؛ (۲) من خوب نیستم - تو خوب نیستی؛ (۳) من خوبم - تو خوب نیستی؛ و (۴) من خوبم - تو خوبی (۴۴). یکی از اثرات و کارکردهای درمان مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل اثر گذاری بر مواضع زندگی است. هنگام شکست عاطفی و از پاشیدن رابطه‌های عاشقانه یک یا دو موضع‌گیری از محتمل ترین مواضع‌گیری‌هایی موارد ذیل است: من خوب نیستم - تو خوبی و موضع دوم من خوب نیستم - تو خوب نیستی. زیرا یقیناً کسی که دچار شکست عاطفی شده است، قصور و خطا یا خطاهایی را متوجه طرف مقابل می‌داند (تو خوب نیستی) و یا متوجه خود می‌داند (من خوب نیستم یا ایراد هایی داشته‌ام) و یا هر دو (من خوب نیستم - تو خوب نیستی). در پی به وجود آمدن تفکر " من خوب نیستم - تو خوب نیستی " شرایط ذیل حاصل می‌شود: افرادی که نتیجه گرفته‌اند «من خوب نیستم - تو خوبی»، در حضور کسانی که بنظر آنها خوب هستند، همواره از احساس‌های حقارت رنج می‌برند. این موضع زندگی می‌تواند به کناره‌گیری از دیگران منجر شود زیرا ماندن در حضور آنها و مرتباً یادآور شدن به خود که خوب نیستم بسیار عذاب‌آور است. کناره‌گیری، موضع خوب نبودن را دوباره تأیید می‌کند (۴۴). برقرار کردن تماس با افرادی که نتیجه گرفته‌اند «من خوب نیستم و تو هم خوب نیستی» از همه دشوارتر است. چرا آنها باید به کسانی پاسخ دهند که خوب نیستند؟ اگر این افراد دست به خودکشی نزنند یا دیگران و خودشان را نابود نکنند، فقط زنده می‌مانند. سرنوشت آنها انزوای شدید اسکیزوفرنیک یا افسردگی اساسی است (۴۴). به دنبال آنکه موضع‌گیری‌های ذهنی در زندگی به من خوب نیستم تغییر پیدا کند، مهربانی با خود نیز کاهش پیدا می‌کند. حال آنکه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در پی تغییر موضع‌گیری‌های ناکارآمد بر می‌آید. که تغییر موضع‌گیری‌های ناکارآمدی همچون من خوب نیستم، به مهرورزی به خود منجر می‌شود.

به طور کلی در تبیین اثر دو درمان تعهد و پذیرش و تحلیل رفتار متقابل بر مهربانی با خود نکات ذیل را نیز می‌توان

مستلزم حکم کلی در خصوص همه افراد است؛ می تواند همچنین منجر به افزایش پذیرش و کاهش قضاوت دیگران شود. در نتیجه اذعان به خطاکاری و ناقص بودن، امکان بخشایش خطاهای دیگران را نیز افزایش می دهد. به این ترتیب مهربانی با خود می تواند منجر به افزایش مهربانی با دیگران شود.

در تبیین اثر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش خود انتقادی و افزایش دیدگاه مثبت تر نسبت به خود موارد ذیل قابل اشاره است. افرادی که دارای شکست عاطفی می شوند به خاطر تجربه این شکست دنبال مقصر هستند، علاوه بر آنکه فرد ممکن است شکست عاطفی را متوجه شریک عاطفی خود بداند ممکن است تقصیرها و ایرادهایی را نیز متوجه خود بداند که طرف مقابل را مجبور به خیانت یا ترک رابطه کرده یا او را در این مسیر انداخته است، بنابراین خود انتقادی پیامد محتمل گسست یک رابطه عاطفی است. خودانتقادی به عنوان شکلی از آزار و اذیت درونی که استرس زا و تضعیف کننده خود می باشد نگریده می شود (۴۵). خودانتقادی موجب می شود که فرد عملکرد خود را ناقص بداند به گونه ای که در نهایت به دوری کردن او از شبکه های اجتماعی منجر می شود. دو نوع خودانتقادی در افراد وجود دارد، خودانتقادی مقایسه ای که سبب مقایسه خود با دیگران متخصص و برتری جو ایجاد می شود و خودانتقادی درونی شده که به سبب مقایسه خود با انتظارات بسیار سطح بالا و غیرقابل دستیابی درونی ایجاد می شود. وجه مشترک هر دو نوع خودانتقادی آن است که فرد عملکرد خود را نادرست انجام می دهد. حال با بررسی روند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش معلوم می شود که این درمان یکی از کارکرد های اصلی رفع خود انتقادی و جایگزین کردن تفکرات مثبت به جای تفکرات منفی، مخصوصاً راجع به خود و اوضاع خود است. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش چند مرحله دارد، در یکی از مراحل (مرحله سوم درمان) پذیرش ایجاد می شود. در این مرحله افراد از طریق تکنیک های هم آمیزی شناختی<sup>۱</sup> یاد می گیرند که شناخت ها می توانند با هویت آمیخته باشند، برای مثال شما آن چیزی هستید که فکر به شما می گوید: مانند "من بی ارزش هستم". درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از تمرین های ذهن آگاهی به افراد

افزود. خودشفقتی به عنوان تغییری جدی در تصمیم گیری برای قطع رفتارهای بدخواهانه نسبت به خود و دیگران؛ تلاشی جهت حفظ عشق و اعتماد در رابطه و پایان دادن به سوگیری های آسیبزا در نظر گرفته شده است. از شرایطی که موجب اعمال خودشفقت ورزی در افراد می شود آگاه شدن از خود، عوامل مؤثر که باعث مهربانی نسبت به خود می شود و غیره است که رویکرد تحلیل رفتار متقابل به خوبی این هدف را دنبال می کند. شخص با داشتن نگاه سیستمی به ارتباط، با آگاه شدن از تأثیر نوع ارتباط خود با خود می تواند بر افزایش مهربانی با خود و ارزشمند بودن خود واقف شود. در تبیین اثربخشی بسته درمان پذیرش و تعهد بر خودشفقتی و مؤلفه های آن می توان گفت که آموزش پذیرش و تعهد به دختران دچار شکست عاطفی باعث کاهش اجتناب تجربی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند، غیرقابل اجتناب و پریشان کننده ناشی از شکست عاطفی، پرورش ذهن آگاهی به منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت ها و مشخص کردن ارزش های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و شرکت کنندگان تشویق شدند تا در حالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حال حرکت هستند، با تجربیاتشان به طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کنند و آنها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی شان، در هنگام ظهور بپذیرند، که این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیرقابل اجتناب می شود و شخص را ترغیب می کند تا در جهت تحقق اهداف واقعی و ارزشمند زندگی خود، تلاش کند و خود را از دام های فکری رها سازد. علاوه بر آن شرکت کنندگان به تعهد خود و گام برداشتن در مسیر زندگی سالم تشویق شده که شامل اقدامات رفتاری حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی ناشی از شکست عاطفی است. پذیرش روانی نامشروط خود و اقدامات رفتاری در جهت بهبود اهداف زندگی به همراه هماهنگی در ارزش ها و اعمال باعث افزایش حس مثبت به خود و در نتیجه موجب افزایش خودارزشمندی می شود (۳۷). از سویی مؤلفه انسانیت مشترک و شفقت خود به معنای پذیرش این امر است که تمام انسان ها دارای نقایصی بوده و درگیر رفتارهای ناسالم می شوند. این نگاه منجر به افزایش پذیرش و کاهش قضاوت خود می شود. اما از آنجایی که انسانیت مشترک

1. cognitive confluence

بستر خود انتقادی را کم می‌کند، مرحله‌ی نهایی، تمایل و تعهد<sup>۳</sup> است. در این مرحله افراد در جهت حرکت به سمت زندگی ارزشمند متعهد می‌شوند. استعاره‌ها و تمرین‌های تجربه‌ای نشان می‌دهند که اگر افراد بخواهند زندگی ارزشمندی داشته باشند، باید به نسبت همه تجارب، مثبت و منفی، گشوده باشند، این روند درمانی بدیهی است که یک از مؤثرترین مداخلات برای کاهش خود انتقادی باشد.

در تبیین اثر درمان مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل بر کاهش خود انتقادی و افزایش دیدگاه مثبت‌تر نسبت به خود موارد ذیل قابل اشاره است، همانطور که در سطور قبل گفته شد، خود انتقادی و قضاوت منفی در مورد خود، بعد از تجربه شکست عاطفی محتمل است، این مسأله را به وجهی دیگر عنوان می‌کنیم، و بعد از آن اثر درمان مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل در رفع آن را ارائه می‌دهیم. بعد از جدایی خشم، یک واکنش طبیعی است. هرچند احساس خشم طبیعی است، اما عمل کردن بر طبق آن اشتباه است. همچنین اگر خشم به خاطر غیرقابل قبول بودن، بد یا اشتباه بودن سرکوب شود، خودش را به روش‌های دیگر نشان خواهد داد. راهکارهای مدیریت خشم در این مرحله می‌تواند کمک‌کننده باشد. کار کردن بر روی خشم امر توان فرسای است، اما بروز و تأیید و رها کردن آن به شیوه‌ای سالم، می‌تواند باعث التیام شود.

احساس گناه نیز بخشی طبیعی از فرآیند سوگواری است. اما احساس گناه یک احساس ناکارآمد و حتی مخرب است. این احساس باعث می‌شود افراد بپندارند مقصر این جدایی خودشان بوده‌اند. ریشه احساس گناه، به ناتوانی در پذیرش اتفاقات گذشته بر می‌گردد. در گذر از فقدان، احساساتی نظیر غم، ناراحتی، و حتی آشفتگی تجربه می‌شود. این وضعیت یعنی انتقاد و قضاوت منفی خود از منظرگاه نظریه تحلیل رفتار متقابل همان موضع‌گیری‌های فکری در مورد زندگی است، قبلاً گفته شد که موضع زندگی خلاصه‌ای از اعتقاد به اینکه من چگونه هستم و دیگران چگونه هستند را شامل می‌شود. فرد دارای شکست عاطفی موضع‌گیری‌های منفی جدیدی در مورد خود و دیگری می‌گیرد. این موضع‌گیری احتمالاً در غالب "من خوب نیستم - تو خوب نیستی" محتمل‌تر باشد و تجربه این شکست عاطفی باعث شود

کمک می‌کند تا بدانند که افکارشان تجارب واقعی نیستند و از فرآیند فکرشان آگاه شوند نه فقط محتوای آن. بنابراین افراد دارای شکست عاطفی در این مرحله خواهد آموخت افکار خود انتقادی که دارند واقعی نیستند و آگاهی از فرآیند فکری‌شان به آنها این بصیرت را می‌دهد که نقدهایشان به خود از بابت تجربه شکست عاطفی می‌تواند غیر واقعی باشد. همچنین در مرحله دیگری از درمان (مرحله چهارم درمان) کشف خود صورت می‌گیرد. در این مرحله افراد از تمایز بین خودی که ثابت است و خودی که دستخوش تجربه است، آگاه می‌شوند، به معنی تمایز بین بافتار انگاشتن خود<sup>۱</sup> و محتوا انگاشتن خود<sup>۲</sup>. این مرحله از درمان برای فردی که دچار کسوت عاطفی شده است در زمینه کاهش خود انتقادی بسیار اهمیت دارد. فرد دارای شکست عاطفی (یا هر فرد دیگری) حتماً یک خود ثابت یا یک شخصیت پایدار دارد، که بر همه ما، ممکن است تجربیاتی لحظه‌ای، یا برای مدتی موقت عارض شود، برای فرد دارای شکست عاطفی نیز، فارق از آن ویژگی‌های ثابت و پایداری که دارد (یعنی خود ثابت) یک خود دستخوش تغییر یا یک سری اتفاقات رخ داده است، که او اکنون این اتفاقات موقتی را در کانون تفکر و تمرکز خود دارد، از جمله آنکه ایراداتی و نقدهایی به خود می‌بیند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این مرحله از درمان با تمایز بین این دو خود، و اولویت دادن به خود ثابت (فارق از تجربه شکست عاطفی) زمینه خود انتقادی را کم می‌کند. همچنین در مرحله دیگری از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (مرحله پنجم) ارزش‌گذاری رخ می‌دهد. فرد دارای شکست عاطفی با از دست رفتن این رابطه (با توجه به آنکه ارزش‌های خود را در زمان رابطه عاطفی حول این رابطه تعریف می‌کند) به نوعی کاذب خود و زندگی خود را خالی از ارزش می‌یابد و به این خاطر حال بدی خواهد داشت و به دنبال آن نقدهای زیادی به خود و زندگی خود خواهد داشت، مرحله پنجم درمان کمک می‌کند افراد دارای شکست عاطفی حوزه‌های مهم زندگی (از جمله خانواده، سلامتی و غیره) خود و اهدافشان را تعیین کنند و اقدامات و موانع روانشناختی بر سر راه این اقدامات را شناسایی می‌کنند (۴۶). و در مرحله پایانی درمان نیز اقدام تکمیلی رخ می‌دهد که

1. contemplate your self
2. contemplate your content

3. willingness and commitment

می‌افتد ذهن کرخت می‌شود و از پذیرش واقعیت سرباز می‌زند (۴۸). بعد از آن شوک از بین می‌رود و فرد با حجم عظیمی از احساسات دردناک مواجه می‌شود. اگر دلیل پایان رابطه خیانت، دروغ یا بدرفتاری باشد این احساسات شدیدتر خواهند بود. در این مرحله درد دل شکستگی خودش را به صورت دوره‌های متوالی از رنج‌های شدید نشان می‌دهد. این دوره‌های کوتاه را حمله سوگواری می‌نامند. اندیشیدن به جزئیات زجرآور رابطه بخش مهمی از فرآیند سوگواری است. در این مرحله مغز وارد یک حالت بیش‌فعالی می‌شود و مدام به رابطه از دست رفته می‌اندیشد. صحنه‌ها و مکالمات بدون هیچ نظم و ترتیبی از ذهن می‌گذرند و احساسات متضاد عشق و نفرت با هم تجربه می‌شوند. افراد از نظر ذهنی و جسمی دچار به هم ریختگی می‌شوند، و در حافظه اختلال ایجاد می‌شود (۴۹). در اینجا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش کارساز است. دختر دارای شکست عاطفی طی فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌آموزد که پذیرش فقدان به معنای فراموشی یا هرگز غمگین شدن نیست، اما این مرحله نقطه عطفی است که نشان می‌دهد مرحله‌ی نهایی سوگواری آغاز شده است. پذیرش یعنی درک اتفاقی که در گذشته رخ داده و اذعان به اینکه نمی‌توان آن را تغییر داد. بعد از مواجه شدن با احساسات دشوار، اغلب رگه‌هایی از پذیرش نمایان می‌شود. پس از آن فرد مجدداً به گرداب عاطفی مرحله‌ی میانی سوگواری کشیده می‌شود. این رفت و آمدها را شروع مجدد<sup>۱</sup> می‌نامند. ولی در نهایت مرحله‌ی پذیرش باز می‌گردد. به مرور دوره‌های پذیرش فقدان از دوره‌های اندوه طولانی‌تر می‌شود. پذیرش بسیار آرام رخ می‌دهد، و این حالت بدان معنا است که زندگی به جریان افتاده است (۴۷). به نظر می‌رسد تغییرات درمانی این روش ناشی از تکنیک‌هایی است که به دختران دچار شکست عاطفی کمک نموده تا حادثه‌ی آسیب‌زای گذشته را بیشتر پذیرفته و به دلیل بی‌نتیجه بودن کنترل کردن و اجتناب از تفکرات مربوط به شکست عاطفی، از این کنترل و اجتناب پرهیز نموده و به جای آن ارزش‌های زندگی خود را مشخص نموده و اعمال خود را براساس حرکت در مسیر ارزش‌های تعریف شده، سازماندهی نمایند. بنابراین پس از طی نمودن این فرآیند، فرد به وسیله پذیرش تفکرات و نیز، جدا نمودن

قاضوت خود (و البته دیگری، یا همان شریک قبلی) منفی شود و انتقادهایی را به دنبال داشته باشد. همچنین می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد رویکردی است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند و این درمان موجب افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است، می‌شود (۴۷). در طی فرآیند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش فرآیندهای ذیل، فرد دارای شکست عاطفی را به سمت ذهن‌آگاهی سوق می‌دهد. دختران دارای شکست عاطفی همواره در افکار، خاطرات و گذشته و نیز اتفاقات آینده خود که آن را در نبود شریک عاطفی تیره و تار می‌بینند، و یا احساس خشم و غضب، غرق هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی فرآیند درمان، حضور در لحظه را با بکارگیری استعاره‌هایی، از جمله استعاره لمس بدن آموزش می‌دهد و به مراجع را ترغیب می‌کند؛ زندگی در اینجا و اکنون جاری است. شما باید به گونه‌ای رفتار نمایید که از بودن در لحظه لذت کسب کنید؛ مثلاً هنگام صرف غذا از خوردن آن لذت ببرید. مشکلات به این سبب به وجود می‌آیند که انسان‌ها به شدت در گذشته یا آینده غرق می‌گردند و در نتیجه تماس با لحظه کنونی را از دست می‌دهند (۴۷)، در مورد افراد دارای شکست عاطفی نیز این اتفاق به وضوح رخ می‌دهد و دختری که دچار شکست عاطفی شده است به نوعی دچار سوگ برای این رابطه گسسته هستند. تماس با اینجا و اکنون، اجتناب‌ها و کشمکش‌ها را تضعیف می‌سازد. در واقع می‌توان گفت شکست عاطفی ذهن‌آگاهی را کم و ذهن را معطوف به چیزی غیر از اینجا و اکنون، و سایر ابعاد زندگی می‌کند و ذهن معطوف به شکست تجربه شده و سوگ برای آن است. افراد ممکن است در ابتدا در برابر این فقدان، شوکه شوند و آن را باور نکنند و شاید اصلاً آن را فقدان ندانند. این تمایل وجود دارد که این احساس سرکوب، خنثی و یا انکار شود. اما روش سالم‌تر این است که تأیید کنیم با یک فقدان رو به رو هستیم. زمان، انرژی و احساساتی که در رابطه رد و بدل شده‌اند حداقل چیزهایی است که افراد از دست می‌دهند. علاوه بر این امیدها و آرزوهایی که در ابتدای رابطه وجود داشته از دست می‌رود. گاهی وقتی جدایی به سرعت اتفاق

موضوع خاصی متمرکز می‌شود (۴۴). درمانجویان در جریان کسب آگاهی بیشتر از حالت‌های خود، بازی‌ها و مواضع زندگی، از افزایش اراده خود نیز آگاه می‌شوند. برای مثال با کاهش یافتن سردرگمی یا آلودگی، درمانجویان به طور فزاینده‌ای این قدرت را پیدا می‌کنند که تصمیم بگیرند در هر لحظه روی کدام حالت خود نیروگذاری روانی کنند. درمانجویان بعد از ابراز کردن حالت خودی که قبلاً در جلسه درمان کنار گذاشته شده بود، می‌توانند تصمیم بگیرند که همان حالت خود را بیرون از جلسه ابراز کنند. وقتی درمانجویان بدانند که مواضع زندگی خودشان آنها در اصل تصمیماتی بودند که براساس اطلاعات نامناسب در کودکی گرفته شده‌اند، می‌توانند در مقام بالغ، برای اداره کردن یک زندگی ساده و خشنود کننده، تصمیمات آگاهانه‌تری بگیرند (۴۴).

به نظر می‌رسد صرف فقدان مهارت‌های ارتباطی عامل ایجاد مشکلات ارتباطی نیست بلکه انگیزه‌های فرد، تصمیمات اولیه، پذیرش نقش‌ها و بازی‌های روانی می‌تواند بر رضایت او از رابطه یا قطع آن اثرگذار باشد. روش تحلیل متقابل در کنار پذیرش و تعهد با کمک به فرد برای بهتر دیدن چگونگی شکست در رابطه و بهتر کنار آمدن و پذیرش احساسات ایجاد شده و مواجهه کارآمد می‌تواند با بازسازی روابط عاطفی و اجتماعی در زندگی آینده فرد اثرات مثبت ارزنده‌ای داشته باشد. چرا که تحلیل رفتار متقابل با آموزش چگونگی تحلیل روابط، به خصوص انواع روابط مکمل، متقاطع و نهفته، افراد را با نحوه برقراری ارتباط مؤثر آشنا می‌کند. به عبارتی افراد را به مهارت‌های ارتباطی مناسب مجهز می‌کند تا با تشخیص حالت من به ویژه با توجه به سرنخ‌های کلامی و غیرکلامی، بتوانند ارتباط مناسب مکملی برقرار کنند. به علاوه با آموزش تکنیک‌های پس راندن والد درون خود، خود را قادر می‌سازد در موقعیت‌های احتمالی تعارضاتی که در درون خود به وجود می‌آید مدیریت کند و به خودقضاوتی بالایی دست یابد شرایط را برای برقراری روابط سازنده با خود به عنوان یک انسان با خصوصیات مشترک فراهم کنند (۵۰).

شفقت خود مستلزم آن است که افراد بتوانند از نظر روانی از خود بیرون آیند تا بتوانند تجارب انسانی مشترک را نیز در نظر بگیرند و به خویشتن مهربانی کنند. در واقع، شفقت خود

اغمال از تفکر، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی از بند تفکرات نشخوارکننده و ناکارآمد و هیجانی می‌تواند ضمن کاهش علائم روانی اثربخشی را افزایش دهد و فرد را به مسیر ارزشمند زندگی خود برگرداند.

در تحلیل رفتار متقابل دو تحلیل انجام می‌شود. تحلیل تبدلی معمولاً با تحلیل ساختاری شروع می‌شود، که بیماران از طریق آن از حالت‌های از خود که قبلاً سردرگم شده، آلوده شده، یا کنار گذاشته شده‌اند کاملاً آگاه می‌شوند (۴۴). و همچنین در تحلیل ساختی تقسیم‌بندی و تحلیل حالت‌های «من» تشریح می‌شود تا مراجع درک روشنی از ساخت و ابعاد شخصیت خود به دست آورد. بعداً درمان به سمت تحلیل تبدلی واقعی پیش می‌رود که به موجب آن تبادل های خودشکن هشیار می‌شوند که با بازی‌های تباه‌کننده خود شروع شده و به آگاهی کامل از مواضع زندگی ناسالمی که بیماران را گرفتار کرده‌اند ختم می‌شود (۴۴). بعد از بالا رفتن آگاهی، درمانجویان می‌توانند حالت‌های خود خویش را انتخاب کنند. در ضمن، با بالا رفتن آگاهی، آنها می‌توانند تصمیم بگیرند آیا به بازی‌ها، مواضع، و سناریوهای مصیبت بار ادامه دهند یا اینکه الگوهای سازنده‌تر برآورده کردن تمایلات اساسی انسان را انتخاب کنند. به عبارت دیگر، فرآیندهای تغییر اساسی تحلیل تبدلی، بالا بردن آگاهی و انتخاب کردن است (۴۴). درمانگر برای اینکه درمانجویان را ترغیب کند تا سردرگمی خود را کاهش دهند، بارها از آنها سؤال‌هایی از این قبیل می‌پرسد: «اکنون کدام قسمت شما حرف می‌زند؟»، «کدام قسمت شما این ژست را گرفت؟». درمانجویان سپس بر حسب آگاهی ذهنی خود پاسخ می‌دهند که می‌توانند آن را بازخوردی که از درمانگر یا سایر اعضای گروه درمان می‌گیرند، مقایسه کنند. در جریان درمان، مراجع و درمانگر تجارب روزمره خود را با یکدیگر مبادله می‌کنند. رفتارها و تجارب نامطلوب مراجع توسط درمانگر مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد، بی‌معنی بودن پاره‌ای از آنها برای مراجع روشن می‌شود، و سعی می‌شود تا مراجع به واقعیت اعمال خویش پی ببرد. گرچه در آغاز کار ممکن است گفتگوهای ناقص و بی‌هدفی بین طرفین انجام گیرد، ولی به مرور زمان بین آنها هماهنگی به وجود می‌آید و رابطه درمانی جهت مشخصی پیدا می‌کند و بحث بر روی

شخصی و خودداری از بزرگ نمایی آنهاست. در حالی که همانندسازی افراطی بالعکس مستلزم بزرگ‌نمایی تجارب دردناک است. نتایج نشان می‌دهد که همانندسازی افراطی به صورت منفی پیش‌بینی‌کننده بخشایشگری است. بزرگ‌نمایی تجربیات منفی همانطور که با قضاوت خود مرتبط است، با قضاوت دیگران نیز ارتباط دارد و می‌تواند با بزرگ‌نمایی خطاهای دیگران نیز مرتبط باشد. به این ترتیب کاهش این بزرگ‌نمایی‌ها می‌تواند با افزایش بخشایش دیگران در ارتباط باشد. بنابراین، منطقی است که شفقت خود و پذیرش جایز الخطا بودن انسان، با توانایی بخشایش‌گری و پذیرش خطاهای دیگران مرتبط باشد. و از آنجایی که شفقت خود از طریق برانگیختن هیجان‌های مثبت و افزایش تاب‌آوری روانشناختی، توان تحمل خطاهای دیگران را افزایش می‌دهد تمایل بیشتری برای بخشایشگری به وجود می‌آورد، لذا شفقت خود با افزایش تحمل شکست‌ها و اشتباهات، امکان بخشایش دیگران را فراهم می‌سازد. و از سوی دیگر از آنجایی که فرد خود را شبیه فرد خاطی می‌بیند، احتمال بیشتری دارد که با این همسان‌پنداری، اقدام به گذشتن از خطاهای دیگران کند.

در جریان درمان مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل رخ داده‌های ذیل باعث افزایش مؤلفه اشتراکات انسانی در متغیر خود شفقتی می‌شود. در فرآیند درمان تحلیل رفتار متقابل دختران دچار شکست عاطفی مورد مطالعه در این پژوهش با شناخت حالت‌های من، به این آگاهی می‌رسند که در موقعیت‌های گوناگون چگونه این حالت‌های من در درون خود نمود پیدا می‌کنند و یاد می‌گیرند که با ایجاد یک رابطه صحیح با خود، رضایت از خود را افزایش داده و تعارضات و مسائلی شکست عاطفی درونشان ایجاد کرده را حل کنند که موجب افزایش پیوند دوباره با خود می‌شوند و از انزوا خارج می‌شوند و باعث می‌شود که از خطای دیگران چشم‌پوشی کند. در واقع با آموزش تحلیل رفتار متقابل، افراد با کسب خودشناسی (۵۲) و آگاهی از حالت‌های من و فعل و انفعالات موجود در رابطه، ارتباطات سازنده‌های درون خود برقرار می‌کنند که موجب تغییر وضعیت «تو خوب نیستی» می‌شود؛ وضعیتی که به خاطر خطای عضو دیگر به وجود آمده بود و وضعیت «من خوب هستم» را در فرد ایجاد می‌کند که این عمل موجب پیوند و نزدیکی عاطفی با خود و منجر به این

به نوعی برگرداندن شفقت به درون و اخذ دیدگاهی دلسوزانه نسبت به خویشان است، به همان شیوه‌ای که شفقت معمولاً به دیگران ابراز می‌شود؛ بنابراین طبق آنچه انتظار داشتیم افرادی که از شفقت خود بیشتری برخوردارند، توانایی بیشتری نیز برای در نظر گرفتن دیدگاه دیگران و دیدن مسائل از نگاه آنها نشان می‌دهند. این یافته نشان می‌دهد که ممکن است ظرفیت‌های کلی دیدگاه‌گیری در هنگام مواجهه با تجارب خود و دیگران درگیر باشد.

از دیگر دلایل اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش مؤلفه اشتراکات انسانی می‌توان بیان کرد که پذیرش و تعهد به عنوان یک سبک زندگی، هم‌خواه با فطرت طبیعی انسان، قابلیت این را دارد که بر سیستم هیجانی دختران یعنی افکار، حس‌های بدنی، احساسات خام و تکانه‌های عمل آنها تأثیرگذار باشد، نگاه آنها را به زندگی دگرگون کرده و کیفیت ارتباط آنها را با خود، دیگران و دنیا با پذیرش شفقت آمیز و واقع‌بینانه ارتقاء بخشد. همچنین درمان پذیرش و تعهد را آگاهی متعادل و روشن و توجه تقویت شده به تجربه در حال وقوع می‌دانند که از این طریق باعث می‌شود میزان شایستگی و لیاقت افراد افزایش یابد. لذا مطابق با نظریه وابستگی‌های ارزش خود و نظریه خودکارآمدی، افزایش شایستگی و موفق عمل کردن فرد در حیطه وابستگی حرمت خود، با افزایش حرمت خود و احساس خودکارآمدی نسبت به چابش پشت سر گذاشته همراه است. فرآیند دیگری که در درمان پذیرش و تعهد بر آن تأکید می‌شود عمل متعهدانه است. ترغیب مراجعان به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف دست یافتنی و حرکت در جهت ارزش‌ها، علیرغم وجود کاستی‌ها مانند زندگی کردن بدون فرد مقابل، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن به یکپارچگی درونی برسند و به خودارزشمندی بالایی دست یابند. چرا که مراجعان در این درمان یاد می‌گیرند که انعطاف‌پذیر و قادر به پذیرفتن نقاط قوت و ضعف خود باشند. آنها به دیگران وابستگی کمتری داشته باشند و از اقتدار لازم برای مواجهه با مسائل زندگی برخوردار گردند (۵۱).

از سوی دیگر ذهن آگاهی مستلزم توفیق جهت نادیده گرفتن جنبه‌های دردناک یک تجربه، آگاهی متعادل از هیجان‌های

- experiencing emotional failure in Ahvaz universities. *Clinical Psychology*. 2015; (2) 8, 88-77.
4. Nelsen, J. Erwin, C. & Delzer, J. Positive discipline for single parents: Nurturing, cooperation, respect and joy in your single-parent family. Rocklin, CA: Prima Publishing. 1999.
5. (Yousefi, Rahim. Prevalence and role of demographic and psychological factors (early maladaptive schemas, personality traits and attachment styles) in predicting emotional failure in students of Shahid Madani University of Azerbaijan. Master Thesis. Family counseling. Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz. 2013.
6. Izadi, Razieh and Abedi, Mohammad Reza. Acceptance and commitment based therapy. Tehran: Jangal and Kavoshar Publications. 2015.
7. Salarifar, Mohammad Hussain And Pouratamad, Hamidreza. The Relationship between Metacognitive Beliefs and Depression and Anxiety Disorder. *Journal of Scientific Research*. 2010; 13 (4): 29-38
8. Barnard, L. K., & Curry, J.F. Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions, *Review of general psychology*. 2011; 15 (4), 289.
9. Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2007; 92(5), 887-904.
10. Shaykh al-Islami, Ali and Mohammadi, Nasim. The effect of self-education - cognitive compassion on mental health (physicalization, anxiety, social dysfunction, depression) of women heads of households. *Journal of Consulting Research*. 2019; 18 (70): 83-104
11. MacBeth, A., Gumley, A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 2012; 32, 545-552
12. Hollis-Walker L, Colosimo K. Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50:222-227.
13. Neff, KD; Rude, SS & Kirkpatrick, K. An examination of self compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Personal*. 2007; (41),908-916.
14. Neff, K. D. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*. 2009; 52, 211-214.
15. Neff, K.D., Vonk, R. Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *J Pers*. 2009; 77(1):23-50.
16. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. 2007;41:139-154

می‌شود در اینجا و اکنون زندگی کنند و به ذهن‌آگاهی دست یابند، می‌شود. به این صورت که وقتی فرد از دیگری رنجیده و ناراحت است این دیدگاه را پیدا می‌کند که «تو خوب نیستی» و حتی ممکن است بخاطر فعل و انفعالات ایجاد گرفته دیدگاه «من خوب نیستم» را در خود شکل دهد. حال وقتی فرد تحت آموزش قرار می‌گیرد و با مفاهیم تحلیل رفتار متقابل آشنا می‌شود سعی در تغییر این دیدگاه‌های شکل گرفته شده می‌کند. وقتی فرد دیدگاه «من خوب هستم» را شکل می‌دهد، متوجه می‌شود یکی از مصداق‌های خوب بودن، پذیرش و بخشیدن است. همچنین وقتی با حالات نفسانی، آسیب‌ساختاری و پیش‌نویس‌های زندگی شخص خطا کار آشنا می‌شود، موجب می‌شود تغییر نگرش «تو خوب هستی» راحت‌تر صورت بگیرد.

سطح دیگر خودشفقتی به نقد منفی از خود در مقایسه با استانداردهای شخصی و خصوصی مربوط می‌شود. این استانداردهای درونی او را به سمت انزوا و کناره‌گیری می‌کشاند و خود را به عنوان موجودی ناقص و ناکارآمد می‌بیند. این درمان او را از این حالت خارج کرده و به سمت اجتماع سوق می‌دهد. اما اغلب اوقات، افراد زمانی که به کاستی‌های شخصی‌شان فکر می‌کنند احساس انزوا و جدایی از دیگران دارند، به این شکل که احساس می‌کنند نقص آنها خطایی بوده است که باقی نوع بشر سهمی از آن ندارند. همچنین افراد زمانی که شرایط سختی را در زندگی تجربه می‌کنند اغلب به دام این فکر می‌افتند که تنها کسانی‌اند که در کشمکش هستند و احساس انزوا و جدایی از دیگر افرادی دارند که احتمالاً به زندگی شاد و نرمال شان ادامه می‌دهند. همچنین، اتخاذ یک چشم‌انداز متعادل از بهوشیاری مستقیماً با خود مرکزینی که احساس انزوا و جدایی از بقیه انسان‌ها را به وجود می‌آورد، مقابله می‌کند. بنابراین باعث افزایش احساس وابستگی و ارتباط می‌شود (۵۳).

## منابع

1. Yalom, Arvin. Existential psychotherapy. Translated by Sepideh Habib. Tehran: Ney, 1980.
2. Glasser, William. Choice Theory: An Introduction to the Psychology of Hope. Translated by Ali Sahebi. Shadow of Speech Publications. (Date of publication of the work in the original language, 1999.
3. Aman Elahi, Abbas., Trudast, Kowsar. And Aslani, Khalid. Prediction of depression based on self-compassion components in female students

30. Jansen JE, Morris EMJ. Acceptance and Commitment Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Early Psychosis: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2017;24(2):187-99.
31. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53: 6-41.
32. Astronomer, Arefeh and Aga Yousefi, Alireza. The Effectiveness of Group Psychotherapy Analysis of Interaction Behavior on Tempting Beliefs and Attachment Styles and Cognitive Regulation in Addicts Leaving. *Journal of Addiction Research*. 2014; (34), 123-144.
33. Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press. 1999.
34. Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. Experiential avoidance and behavioral disorders. A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996; 64, 1152-1168.
35. Hayes, S. C.; Luoma, J. B.; Bond, F. W.; Masuda, A. & Lillis, J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research Therapy*. 2006; 44(1): 1-25.
36. Arch, J. J., Craske, M. G. Laboratory stressors in clinically anxious and non-anxious individuals. The moderating role of mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*. 2010; 48, 495-505.
37. Sadeghian, Abbas; Fakhri, Mohammad Kazem and Hassanzadeh, Ramadan. The effectiveness of acceptance and commitment training on self-esteem and psychological capital of children of divorce. *Social Health*. 2018; 6 (3), 294-304.
38. Ghadmpour, Ezatullah; Rashidi, Farzaneh; Yousef Vand, Mehdi; Enayati, Bahar and Maleki, Sobhan. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy in changing the level of self-compassion and emotional regulation in couples with depression. *Journal of Psychological Studies*. 2018; 15 (1), 7.
39. Manavi, Remina; Soltani, Amanullah; Zayn al-Dini, Zahra and Razavi Nemat Elahi, Vida Sadat. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on increasing self-compassion and tolerance in students with social anxiety disorder. *Disability Studies*. 2017; 8 (14), 63.
40. Hooman, Haidar. *Knowledge of scientific method*. Tehran: Organization for the Study and Compilation of University Humanities Books (Samat), 2007.
41. Akbari, Ibrahim; Khanjani, Zeinab; Azimi, Zeinab; Poursharifi, Hamid; And Alilo, Majid Mahmoud. The effectiveness of reciprocal behavior analysis therapy on personality states, self-esteem and clinical symptoms of people with emotional
17. Neff, K. D., & McGhee, P. Selfcompassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*. 2010; 9, 225 - 240.
18. Lee DA. The perfect nurturer: a model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. In *Compassion: Conceptualisations, Research and use in Psychotherapy* (ed P Gilbert):2005; 326-51. Brunner-Routledge.
19. Baer, R.A., Lykens, E.L.B., Peters, J.R. Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched no meditators. *The Journal of Positive Psychology*. 2012; 7:230-238.
20. Blutha, K. & Blantonb, P. W. The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *J Posit Psychol*. 2015; 10(3): 219-230.
21. Shaykh al-Islami, Ali; Qamari Kiwi, Hossein and Mohammadi, Nasim. The effectiveness of cognitive self-compassion training on perceived self-efficacy of women heads of households under the supervision of Imam Khomeini Relief Committee. *Social Work Quarterly*. 2015; 5 (2): 13-19.
22. Yarnell, L. M., & Neff, K. D. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*. 2013; 12(2), 146-159.
23. Raes, F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*. 2011; 2(1), 33-36.
24. Linehan, M. *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press; Mace, C. *Mindfulness in psychotherapy: an introduction*. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007; 13: 147-54.
25. Segal, Z., Williams, J.M.G., & Teasdale, J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford. 2002.
26. Wells, A. *GAD, Meta-cognition, and Mindfulness: An Information Processing Analysis*. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002; 9(1), 95- 100.
27. Health, stomach; When; Ahmad Reza; And Al-Hayari, Talat. The effect of communication skills training using reciprocal behavior analysis method on reducing marital conflict. *Applied Psychology*. 2016; Volume I, Number 3: 42-29.
28. Farhangi, Farhang and Agha Mohammadian, Hamidreza. The effect of group psychotherapy with reciprocal behavior analysis approach on coping styles with adolescent stress. *Educational and Psychological Studies*. 2005; 7 (2), 41-62.
29. Sadeghi,; Ahmadi,; Bahrami,; Etemad,; and Salahian. Evaluation of the effectiveness of cross-analysis training on self-concept of high school students in Haminsahr. *Proceedings of the Second National Conference on Consulting, Growth and Dynamics*. Tehran: Al-Zahra University. 2008.



53. Saeedi, Zohi. The effect of instilling self-compassion and self-worth on implicit and overt shame and guilt. Master Thesis. 2011.
- failure. Psychological methods and models, second year, number eight:2011; 21-1.
42. Neff, K. D Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003; 2, 223–250.
43. Basharpour Sajjad, Issazadegan Ali. The role of self-compassion and forgiveness personality traits in predicting the severity of students' depression. *Behavioral Sciences Research*. Issue: 2012;10, 6 (27), 452
44. Prochaska, James and Norcross, John. Theories of psychotherapy (psychotherapy systems). Translated by Yahya Seyed Mohammadi (2013). Fifth Edition, Tehran: Ravan. 2007.
45. Rajabi, Gholamreza, Abbasi, Ghodrattollah. The study of the relationship between self-critical social anxiety and fear of failure with internalized fear in students, *Clinical Psychology Research and Counseling*. 2011; 1, 171-182.
46. Williams, L. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., Fennell, M. J. V. Mindfulness –based Cognitive 1-210.therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 6(2): 201-210.
47. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. 2009:77-101.
48. Sadeghi, M., Hezardastan, F., Ahmadi, A., Bahrami, F., Etemadi, O., & Fatehizadeh, M. (2011). The Effect of Training Through Transactional Analysis Approach on Couples' Communication Patterns. *World Applied Sciences Journal*, 12 (8): 1337-1341.
49. Mace, C. Mindfulness in psychotherapy: an introduction. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007; 13: 147-54.
50. Kazemi, Zeinab; Neshat Doost, Hamid Taher; Kajbaf, Mohammad Baqir; Abedi, Ahmad; Mohammadi, Somayeh and Sadeghi, Saeed. The effectiveness of interaction behavior analysis training on social intimacy of runaway girls in Isfahan: a single case study. *Journal of Women's Psychological Social Studies*. 2011; 10 (3), 139.
51. Glover NG, Sylvers PD, Shearer EM, Kane MC, Clasen PC, Epler AJ, Plumb-Villardaga JC, Bonow JT, Jakupcak M. The efficacy of Focused Acceptance and Commitment Therapy in VA primary care. *Psychological services*. 2016;13(2):156.
52. Fotuhi Bonab, Sakineh; Hosseini Nasab, Seyed Davood and Hashemi Nosratabad, Touraj. The effectiveness of cognitive-behavioral, Islamic and reciprocal behavior analysis couples on self-knowledge of incompatible couples. *Psychological Studies*, 2010; 7 (2), 37-58.