رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۹، شماره پیاپی ۱۱۴، آذر ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(9), 2025

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور بر تکانشگری نوجوانان دختر با نشانگان افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی

Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Emotion-Focused Management Training on Impulsivity in Adolescent girls with Depressive Symptoms and suicide attempts

پریشاد گندم کار
گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
مسعود شهبازی (نویسنده مسئول)
گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.
سیده زهرا علوی
گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Parishad Gandomcar
Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
Masoud Shahbazi *
Department of Counseling, MaS.C., Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.
masoudshahbazi53@iaumis.ac.ir
Seyedeh Zahra Alavi
Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور بر تکانشگری نوجوانان با نشانگان افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دختر با نشانگان افسردگی و اقدام به خودکشی شهر آبادان در سال ۱۴۰۴ بود. به روش نمونه‌گیری هدفمند ۶۰ نفر انتخاب و در سه گروه ۲۰ نفری به طور تصادفی گمارده شدند. جمع-آوری داده‌ها با استفاده از مقیاس تکانشگری بارات (BIS-11؛ پاتون و همکاران، ۱۹۹۵) انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات تکانشگری در دو گروه مداخله نسبت به گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون (P<۰/۰۵) و پیش‌آزمون تا پیگیری (P<۰/۰۵) کاهش معناداری داشته است؛ که نشان دهنده ثبات تغییرات در طول زمان است. اما در مقابل یافته‌ها نشان داد که در مرحله پیگیری بین میانگین دو گروه مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت (P>۰/۰۵). بنابراین، هر دو مداخله بر کاهش تکانشگری نوجوانان با نشانگان افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی موثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: *تکانشگری، افسردگی، اقدام به خودکشی، درمان متمرکز بر شفقت، درمان هیجان محور.*

Abstract
The present study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and emotion-focused therapy-based education on impulsivity in adolescents with depressive symptoms and a history of suicide attempts. The study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the study included adolescent girls with depressive symptoms and attempted suicide in Abadan in 2024. 60 people were selected using purposeful sampling and randomly assigned to three groups of 20 people. Data were collected using the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11; Patton et al, 1995). Repeated measures analysis of variance was used in data analysis. The results showed that the mean impulsivity scores in the two intervention groups decreased significantly compared to the control group from pre-test to post-test (P<0.05) and from pre-test to follow-up (P<0.05), indicating the stability of changes over time. However, the findings showed that there was no significant difference between the mean scores of the two intervention groups at the follow-up stage (P>0.05). Therefore, both interventions were effective in reducing impulsivity in adolescents with depressive symptoms and a history of suicide attempts.

Keywords: *Impulsivity, Depression, Suicide Attempts, Compassion-Focused Therapy, Emotion-Focused Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آبان ۱۴۰۴** | **پذیرش: آبان ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای حساس و پیچیده در زندگی انسان است که با تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی همراه است (سانگ[1]، ۲۰۲۴). نوجوانان به دلیل تغییرات زیستی و فشارهای اجتماعی و تحصیلی ممکن است با مشکلات متعددی در زمینه‌های مختلف روبه‌رو شوند که سلامت روان آن‌ها را تهدید می‌کند (سینگ[2]، ۲۰۲۴). اضطراب، استرس، مشکلات هویتی و روابط اجتماعی از جمله مسائلی هستند که نوجوانان در این دوره تجربه می‌کنند و می‌توانند تأثیرات منفی بر عملکرد آن‌ها داشته باشند (مولیدیا[3] و همکاران، ۲۰۲۴). این چالش‌ها نه تنها بر کیفیت زندگی فردی نوجوانان تأثیر می‌گذارند، بلکه ممکن است در صورت عدم توجه به آن‌ها به مشکلات جدی‌تر تبدیل شوند (جولیانسن[4] و همکاران، ۲۰۲۴). در این میان، یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که برخی از نوجوانان با آن دست و پنجه نرم می‌کنند، نشانگان افسردگی است (بور[5] و همکاران، ۲۰۲۴).

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که می‌تواند تأثیرات عمیقی بر زندگی بگذارد (مولیدیا و همکاران، ۲۰۲۴). شیوع نشانگان افسردگی در کودکان و نوجوانان بر اساس یک فراتحلیل بزرگ (۹۶ مطالعه، ۲۹ کشور، ۵۲۸۲۹۳ کودک و نوجوان) در کودکان/نوجوانان ۲۱/۳ درصد گزارش شده است. (لو[6] و همکاران، ۲۰۲۴)؛ همچنین در میان کودکان و نوجوانان ایرانی، یک مطالعه سیستماتیک شیوع نشانگان افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی بک[7] حدود ۳۳/۳ درصد گزارش شده است (بازرگان و همکاران، ۲۰۲۳). علائم افسردگی در نوجوانان ممکن است شامل تغییرات در خلق و خو، احساسات شدید ناامیدی، بی‌انگیزگی، کاهش علاقه به فعالیت‌هایی که قبلاً لذت‌بخش بودند، اختلال در خواب و اشتها، افکار منفی درباره خود و آینده، و در برخی موارد، احساس بی‌ارزشی یا گناه باشد؛ همچنین، نوجوانان افسرده ممکن است مشکلاتی در ارتباط با خانواده و دوستان داشته باشند، به‌ویژه زمانی که نتوانند به‌درستی احساسات خود را بیان کنند یا از حمایت اجتماعی کافی برخوردار نباشند (کیز[8] و همکاران، ۲۰۲۴).

اگر افسردگی در نوجوانان به‌طور مؤثر درمان نشود، می‌تواند به مشکلات جدی‌تری منجر شود؛ یکی از این مشکلات، اقدام به خودکشی است (تونکای و سارمان[9]، ۲۰۲۴). اقدام به خودکشی در نوجوانان می‌تواند نتیجه ترکیبی از عوامل مختلف باشد که از جمله آن‌ها می‌توان به فشارهای روانی، مشکلات خانوادگی، بی‌توجهی به نیازهای عاطفی، یا حتی تجربه‌های سوءاستفاده یا آزار اشاره کرد (سوزا[10] و همکاران، ۲۰۲۴). نوجوانان ممکن است به دلیل تنش‌های روانی که تحمل می‌کنند، افکار مرگ و خودکشی را به‌عنوان تنها راه فرار از درد و رنج‌های خود در نظر بگیرند (ازکورا[11] و همکاران، ۲۰۲۴؛ یان[12] و همکاران، ۲۰۲۴). در کودکان/نوجوانان (یک فراتحلیل جهانی ۶۶ مطالعه، حدود ۶۸۶۶۷۲ شرکت‌کننده)، شیوع اقدام به خودکشی را ۶ درصد تخمین زده شد (لیم[13] و همکاران، ۲۰۱۹)؛ و در کودکان و نوجوانان ایرانی یک بررسی سیستماتیک و فراتحلیل در سال ۲۰۲۳ (که مطالعات ایرانی از ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۱ را پوشش می‌دهد) شیوع اقدام به خودکشی در ایران ۱۳۱ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در جمعیت عمومی است؛ برای زنان حدود ۱۵۲ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر و برای مردان حدود ۱۲۸ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر؛ برآورد شده است (اسدیان و دلیری، ۲۰۲۳).

طبق ادبیات پژوهشی به نظر می‌رسد یکی از چالش‌های مهمی که در سلامت روان نوجوانان به‌ویژه در زمینه افسردگی و اقدام به خودکشی باید به آن توجه کرد، تکانشگری است (رک[14] و همکاران، ۲۰۲۴). تکانشگری به معنای انجام رفتارهای بدون تفکر قبلی و بدون در نظر گرفتن پیامدهای آن است (سانز-گومز[15] و همکاران، ۲۰۲۴). تکانشگری در نوجوانان ممکن است در قالب تصمیمات و رفتارهای پرخطر ظاهر شود؛ مانند رانندگی پرسرعت، استفاده از مواد مخدر، رابطه‌های جنسی بدون محافظت، یا حتی اقدام به خودکشی (آرناد[16] و

1 Song
2 Singh
3 Maulidiya
4 Juliansen
5 Bore
6 Lu
7 Beck's Depression Inventory
8 Keyes
9 Tuncay & Sarman
10 Souza
11 Ezquerra
12 Yan
13 Lim
14 Reck
15 Sanz-Gómez
16 Arnaud

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

همکاران، ۲۰۲۴). یکی از دلایل مهم تکانشگری در نوجوانان این است که آن‌ها به‌دلیل ناتوانی در پیش‌بینی نتایج بلندمدت رفتارهای خود، ممکن است در شرایط بحرانی و تحت فشار هیجانی، تصمیمات ناگهانی و غیرمنطقی بگیرند؛ به عبارت دیگر نوجوان به‌جای اینکه به پیامدهای یک رفتار فکر کند، به دلیل احساسات قوی و بی‌ثباتی عاطفی، ممکن است بدون تفکر زیاد، اقدامات تکانشی انجام دهد (آندراد[1] و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع در حالی که تکانشگری ممکن است در برخی مواقع نشانه‌ای از تجربه‌های هیجانی شدید باشد، در مواردی که با افسردگی ترکیب می‌شود، می‌تواند یک عامل خطر جدی در بروز رفتارهای خودآسیب‌زننده و اقدام به خودکشی به شمار آید (یانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۴).

براین اساس، یکی از روش‌های درمانی مؤثر در رابطه با افراد با علائم افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی، درمان متمرکز بر شفقت است (مهدوی و همکاران، ۱۴۰۲؛ آسانو[3] و همکاران، ۲۰۲۲). درمان متمرکز بر شفقت بر تقویت احساس شفقت و مهربانی نسبت به خود و دیگران تمرکز دارد و هدف آن کمک به افراد در مقابله با رنج‌های روانی و هیجانی از طریق ایجاد یک نگرش مهربانانه و پذیرش نسبت به خود است (گیلبرت[4]، ۲۰۰۹). درمان متمرکز بر شفقت، بر این باور است که افراد معمولاً با خود انتقادی، احساس گناه و شرم درگیر هستند که می‌تواند موجب تشدید مشکلات روانشناختی شود. به عبارت دیگر هدف اساسی این درمان، ایجاد یک صدای درونی مهربانانه است که فرد را به پذیرش نقاط ضعف و اشتباهات خود تشویق می‌کند، به جای اینکه خود را با انتقادهای سخت و منفی محکوم نماید. این کار از طریق تکنیک‌هایی مانند تمرینات ذهن‌آگاهی، تجسم شفقت و توسعه مهارت‌های همدلی انجام می‌شود. به طور خاص، درمان متمرکز بر شفقت بر تقویت سه بعد اصلی تمرکز دارد: شفقت به خود، شفقت به دیگران، و شفقت نسبت به دنیای پیرامون. این رویکرد کمک می‌کند تا فرد در مواجهه با چالش‌ها و دردهای زندگی، به‌جای انتقاد از خود یا احساس بی‌ارزشی، به خود فضای بیشتری برای پذیرش و تغییر بدهد (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ گیلبرت و سیموز[5]، ۲۰۲۲).

مطالعات متعددی نشان داده‌اند درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند تأثیرات مثبتی بر چالش‌های مرتبط با سلامت روان در نوجوانان داشته باشد (کارونا[6] و همکاران، ۲۰۱۷؛ برات[7] و همکاران، ۲۰۲۰). تحقیقات پیشین نیز نشان داده‌اند نوجوانانی که در برنامه‌های درمانی متمرکز بر شفقت شرکت کرده‌اند، به طور قابل توجهی افزایش در احساس خودشفقتی وکاهش نشانه‌های منفی چون خودانتقادی و افسردگی را تجربه کرده‌اند (خوشوقت و همکاران، ۲۰۲۱؛ برغندان و همکاران، ۱۳۹۷؛ دماوندیان و همکاران، ۱۴۰۱). مطالعه‌ی بمانی و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به طور قابل توجهی خودسرزنشی و علائم افسردگی را در نوجوانان مورد آزار و اذیت کاهش می‌دهد و اثرات آن بیش از پنج ماه پایدار است. فرهادی و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت به خود به طور مؤثری آسیب‌پذیری شناختی در برابر افسردگی را کاهش می‌دهد و تاب‌آوری هیجانی را ارتقا می‌دهد. ساندری[8] و همکاران (۲۰۲۴) از طریق یک فراتحلیل گزارش دادند که مداخلات موج سوم رفتاردرمانی مانند درمان متمرکز بر شفقت علائم سلامت روان از جمله افسردگی را کاهش داده و تنظیم هیجان را در نوجوانان بهبود می‌بخشد. وستین[9] و همکاران (۲۰۲۵) دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی مبتنی بر اینترنت، مداخله‌ای امیدوارکننده است که شفقت به خود و تنظیم هیجان را در بین جوانان بهبود می‌بخشد.

یکی دیگر از روش‌ها، آموزش درمان هیجان محور است که یک برنامه آموزشی برای بهبود روابط نوجوان با والدین است. آموزش درمان هیجان محور به نوجوانان شامل راهنمایی نوجوانان برای تشخیص و ابراز احساسات دلبستگی زیربنایی به جای واکنش‌های سطحی است (نانسی و پاول[10]، ۲۰۱۹). در این مداخله، درمانگر محیطی امن ایجاد می‌کند که در آن نوجوانان یاد می‌گیرند ترس از طرد شدن یا قطع ارتباط را شناسایی کنند و ابراز سازنده این احساسات را تمرین کنند. آموزش مکالمات ساختاریافته به آن‌ها کمک می‌کند تا همدلی را جایگزین سرزنش کنند و پاسخگویی عاطفی را تقویت کنند. ایفای نقش و تمرین‌های بازتابی، ارتباط و اعتماد را تقویت می‌کند. در نهایت، این برنامه اصول درمان هیجان محور را به گفتگوهای عملی و مبتنی بر هیجان تبدیل می‌کند که نقش مهمی در بازسازی روابط آسیب‌دیده

1 Andrade
2 Yang
3 Asano
4 Gilbert
5 Gilbert & Simos
6 Carona
7 Bratt
8 Sandery
9 Vestin
10 Nancy & Paul

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

نوجوان در تعامل با والدین دارد(جانسون[1]، ۲۰۰۸؛ آیکین و آیکین[2]، ۲۰۱۷). شیوه اثرگذاری این مدل از طریق شناسایی و تغییر الگوهای منفی تعاملات عمل می‌کند. این الگوها به‌طور مداوم در روابط خانواده ایجاد می‌شوند و موجب ایجاد سوء تفاهم و فاصله عاطفی بین اعضای خانواده می‌شوند (کناردی[3] و همکاران، ۲۰۱۸؛ نانسی و پاول[4]، ۲۰۱۹). در این فرآیند، با استفاده از تمرین‌ها و گفتگوهای ساختاریافته، نوجوانان یاد می‌گیرند که چگونه نیازهای عاطفی خود را به‌طور صادقانه بیان کنند و به یکدیگر پاسخ دهند. در نهایت، این گفتگوها به ایجاد امنیت عاطفی و تقویت ارتباطات میان والدین و نوجوانان کمک می‌کند و موجب می‌شود تا روابط خانوادگی به سمتی سالم‌تر و امن‌تر پیش برود (کندی[5] و همکاران، ۲۰۱۹). دیفایت[6] و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند که نوجوانان مبتلا به افسردگی در طول زمان بهبودهایی در تنظیم هیجان نشان می‌دهند که اهمیت هدف قرار دادن مشکلات هیجانی در درمان متمرکز بر هیجان را برجسته می‌کند. لانکسل[7] و همکاران (۲۰۲۴) از طریق یک بررسی مروری گزارش دادند که مداخلات بهبود تنظیم هیجان در گروه‌های سنی مختلف، از جمله نوجوانان، برای کاهش افسردگی و علائم مرتبط مؤثر هستند. یانگ[8] و همکاران (۲۰۱۹) تنظیم هیجان مثبت را با کاهش اضطراب و افسردگی در نوجوانی مرتبط دانستند و بر مزیت درمانی افزایش تنظیم هیجان تأکید کردند. کاویانی و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان به طور مؤثر تنظیم هیجان، استقلال و پیامدهای سلامت روان را در کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی بهبود می‌بخشد.

درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش خودمهرورزی، تنظیم هیجان، کاهش خودانتقادی و افزایش تاب‌آوری می‌شود، اما ممکن است نیاز به تمرین طولانی‌مدت و آمادگی هیجانی داشته باشد و ممکن است برای مراجعین اجتنابی کمتر مؤثر باشد (خوشوقت و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور؛ آگاهی هیجانی، ارتباط، همدلی و مقابله با پریشانی را تقویت می‌کند، با این حال می‌تواند باعث افزایش فشار هیجان‌های سرکوب شده شود و زمانی بیشتریک کارایی را دارد که در روابط بین فردی به منظور شناسایی و ابراز هیجان‌ها مورد استفاده قرار گیرد (نانسی و پاول، ۲۰۱۹). هر دو روش، علیرغم محدودیت‌هایشان، در تقویت تعادل هیجانی و کاهش تکانشگری در نوجوانان آسیب‌پذیر ارزشمند هستند (دیفایت و همکاران، ۲۰۲۱؛ فرهادی و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش حاضر هدف از مقایسه درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور این است که هر یک از این روش‌ها به شیوه‌های متفاوتی به مدیریت مشکلات روانشناختی نوجوانان مبتلا به افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی می‌پردازند. درمان متمرکز بر شفقت بر ایجاد نگرش‌های مثبت و شفقت‌آمیز نسبت به خود تأکید دارد و می‌تواند در کاهش نشخوار خودانتقادی و ارتقاء سلامت روانی مؤثر باشد، در حالی که آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور بیشتر بر شناسایی و تنظیم هیجانات منفی و افزایش تاب‌آوری در برابر استرس‌های بین فردی تمرکز دارد. به نظر می‌رسد این مقایسه اثربخشی کمک می‌کند تا درک بهتری از اثرات این دو رویکرد در کاهش تکانشگری در نوجوانان با افسردگی و سابقه خودکشی به دست آورده شود. همچنین نتایج احتمالی این پژوهش می‌تواند نقش مهمی در تدوین مداخلات روانشناختی کارآمد به‌منظور کاهش تکانشگری در نوجوانان با نشگانگان افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی داشته باشد؛ با شناسایی و تدوین این مداخلات می‌توان با کمترین احتمال خطا، از طریق جلسات مشاوره فردی و گروهی، اقدامات بالینی سنجیده ارائه نمود. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور بر تکانشگری در نوجوانان دختر با نشانگان افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_ پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دختر با نشانگان افسردگی و اقدام به خودکشی شهر آبادان در سال ۱۴۰۴ بود که پرونده آن‌ها به حراست اداره آموزش و پرورش شهرستان ارجاع داده شده بود. انتخاب نمونه‌ها به صورت روش نمونه گیری هدفمند بود. حداقل حجم نمونه در نرم افزار G-power با در نظر گرفتن سطح خطای ۰/۰۵، توان ۰/۹۵، اندازه اثر ۰/۲۵، با اندازه گیری مکرر برابر با ۵۴ نفر برآورد شده است. با در نظر گرفتن

1 Johnson
2 Aikin & Aikin
3 Conradi
4 Nancy & Paul
5 Kennedy
6 Defayette
7 Lancastle
8 Young

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

ریزش احتمالی حجم نمونه تعداد اعضاء در هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. بعد از نمونه‌گیری، اعضا به صورت تصادفی ساده از نوع قرعه‌کشی در گروه درمان متمرکز بر شفقت، گروه آموزش مبتنی بر رویکرد هیجان محور و گروه گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند. تشخیص افسردگی بر اساس نظر روانشناس بالینی و روان‌پزشک، دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال، سابقه اقدام به خودکشی بر اساس نامه مکتوب بیمارستان و ارجاع فرد به حراست اداره آموزش و پرورش شهرستان آبادان و عدم نیاز فرد به دریافت خدمات بستری در بیمارستان روانپزشکی از معیارهای ورود بود. غیبت بیش از ۲ جلسه، عود افسردگی و نیاز به بستری، اقدام به خودکشی مجدد در حین اجرای جلسات درمانی و شرکت در هرگونه روان‌درمانی همزمان (ارزیابی بر اساس پرسش‌های خودگزارشی) از معیارهای خروج بود. برای انجام این پژوهش ابتدا مجوزهای لازم برای انجام تحقیق از معاونت شبکه بهداشت آبادان و اداره آموزش و پرورش شهر آبادان اخذ گردید تا از رعایت مقررات و اصول اخلاقی در تمام مراحل پژوهش اطمینان حاصل شود. پس از آن، کد اخلاق پژوهش (IR.IAU.AHVAZ.REC.1404.014) از کمیته اخلاق شعبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز دریافت شد که نشان‌دهنده رعایت اصول اخلاقی در انجام تحقیق و حفاظت از حقوق شرکت‌کنندگان بود. همچنین در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش همچون دریافت موافقت اصولی، اخذ رضایت آگاهانه، حفظ رازداری و حریم شخصی و حفظ محرمانگی در اجرای مداخلات روانشناختی مورد توجه پژوهشگران بود؛ علاوه بر این موارد، شرکت در این پژوهش هیچ‌گونه آسیب جسمانی و روانی برای شرکت‌کنندگان به همراه نداشت. پس از اجرای جلسات، پس‌آزمون به‌منظور ارزیابی تأثیرات مداخلات انجام گرفت و پس از ۲ ماه مرحله پیگیری اجرا شد. درنهایت، تحلیل داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۷ به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس تکانشگری بارات (BIS-11)[1]: این ابزار توسط پاتون[2] و همکاران (۱۹۹۵) طراحی شده است و دارای ۳۰ سوال است؛ این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملا مخالفم (نمره ۱) الی کاملا مخالفم (نمره ۴) نمره‌گذاری می‌شود؛ دامنه نمرات در این مقیاس بین ۳۰ الی ۱۲۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده تکانشگری بیشتر است. این مقیاس شامل سه مولفه تکانشگری توجهی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه‌ریزی است. روایی سازه این مقیاس به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شده است؛ نتایج نشان که سه عامل ۰/۷۸ درصد واریانس را تبیین کردند؛ همچنین آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شده است (پاتون و همکاران، ۱۹۹۵). در ایران خلوتی و همکاران (۲۰۲۴) روایی به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و سه عامل از چرخش واریماکس عوامل استخراج شد که ۰/۶۷ درصد واریانس را تبیین کردند؛ همچنین همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

مداخله درمان متمرکز بر شفقت: این درمان طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) بر اساس پروتکل گیلبرت (۲۰۱۴) به صورت گروهی اجرا شد. در ادامه خلاصه هر یک از جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: سرفصل محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، توضیح اولیه پیرامون افسردگی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تاسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین از عواطف و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.
دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی.
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب گرایانه و شرم، آموزش همدردی و ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا غیرشفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشتاقانه (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی.

1 Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)
2 Patton

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن شفقتانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفوالنزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل: پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه‌شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی.
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و ششم شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها: مرور و تمرین مهارتهای ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتا جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

مداخله آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور: این مداخله طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) بر اساس پروتکل آیکین و آیکین (۲۰۱۷) به صورت گروهی اجرا شد. در ادامه خلاصه هر یک از جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: سرفصل محتوای جلسات آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور

جلسات	محتوای جلسات
اول	درمانگر اهداف درمان متمرکز بر هیجان را معرفی کرد و با نوجوان ارتباط برقرار کرد و علائم افسردگی و تجربیات عاطفی او را بررسی کرد. آگاهی از احساسات و تأثیر آنها بر رفتار مورد تأکید قرار گرفت. نوجوان شروع به شناسایی واکنش‌های تکانشی مرتبط با پریشانی کرد.
دوم	نوجوان بر شناخت الگوهای عاطفی ناسازگار، به ویژه آن‌هایی که منجر به رفتارهای تکانشی می‌شوند، تمرکز کرد. تأکید بر احساس کامل هیجان به جای اجتناب از آن بود. درمانگر نوجوان را راهنمایی کرد تا احساسات زیربنایی زیر تکانشگری و افسردگی را بررسی کند.
سوم	نوجوان احساسات دردناک اصلی مانند غم، ترس و شرم مربوط به محرک‌های افسردگی را پردازش کرد. درمانگر ابراز هیجان را تسهیل کرد و به نوجوان کمک کرد تا این احساسات را تأیید کند. از تکنیک‌هایی برای تعمیق آگاهی عاطفی برای کاهش پاسخ‌های تکانشی استفاده شد.
چهارم	نوجوان استراتژی‌هایی را برای تبدیل احساسات طاقت‌فرسا به پاسخ‌های سازگارانه آموخت. مهارت‌های تنظیم هیجان از طریق تمرین‌های تجربی تمرین شد. درمانگر از توسعه خوددلسوزی و تکنیک‌های آرامش‌بخش برای مدیریت پریشانی حمایت کرد.
پنجم	وجوان تجربیات مرتبط با دلبستگی را که بر اختلال تنظیم هیجانی و تکانشگری تأثیر می‌گذارند، بررسی کرد. مداخلات درمانی بر تغییر باورهای منفی نسبت به خود و تقویت پیوندهای عاطفی ایمن متمرکز بود. نوجوان ابراز آشکارتر نیازهای دلبستگی برآورده نشده را تمرین کرد.
ششم	نوجوان درگیر نقش‌آفرینی و نمایش‌های عملی برای ابراز ایمن احساسات آسیب‌پذیر مربوط به خانواده و زمینه‌های اجتماعی شد. این امر به کاهش اجتناب هیجانی و تکانشگری کمک کرد. درمانگر صداقت عاطفی را تشویق و استراتژی‌های عاطفی ایمن را تقویت کرد.
هفتم	نوجوان مهارت‌های خوداندیشی را تقویت کرد و در موقعیت‌های چالش‌برانگیز از استراتژی‌های مقابله عاطفی جدید استفاده کرد. درمانگر به تثبیت الگوهای تنظیم هیجان سازگار کمک کرد. اهداف بر حفظ پیشرفت در کاهش تکانشگری و علائم افسردگی متمرکز بودند.
هشتم	درمانگر پیشرفت را بررسی و ظرفیت تاب‌آوری هیجانی و پاسخ‌های متفکرانه نوجوان را تقویت کرد. یک برنامه پیشگیری از عود با تأکید بر استفاده مداوم از مهارت‌های درمان هیجان محور تدوین شد. نوجوان افزایش کنترل بر رفتارهای تکانشی و بهبود خلق و خو را گزارش کرد.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۶۰ نفر در سه گروه ۲۰ نفری مشارکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان متمرکز بر شفقت (۲۰/۹۳±۱۵/۱)، گروه آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور (۲/۰۷±۱۵/۰۰) و گروه کنترل (۲/۱۰±۱۵/۳۰) همگون بود. از نظر مقطع تحصیلی در گروه درمان متمرکز بر شفقت ۸ نفر مقطع متوسطه اول و ۱۲ نفر مقطع متوسطه دوم بودند؛ در گروه آموزش مبتنی بر درمان

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

هیجان محور ۷ نفر مقطع متوسطه اول و ۱۳ نفر مقطع متوسطه دوم بودند؛ در گروه کنترل ۸ نفر مقطع متوسطه اول و ۱۲ نفر مقطع متوسطه دوم بودند. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیر تکانشگری ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر تکانشگری

مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
				آماره	معناداری
پیش آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	۷۲/۲۰	۱۶/۲۷	۰/۹۳	۰/۱۹
	آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور	۷۰/۱۱	۱۵/۳۴	۰/۹۲	۰/۱۱
	کنترل	۷۲/۶۵	۱۳/۸۱	۰/۹۴	۰/۳۲
پس آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	۵۳/۲۵	۱۲/۹۵	۰/۹۲	۰/۱۰
	آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور	۵۱/۹۵	۱۳/۱۰	۰/۹۴	۰/۳۲
	کنترل	۷۲/۵۵	۱۳/۹۰	۰/۹۳	۰/۱۷
پیگیری	درمان متمرکز بر شفقت	۵۰/۶۰	۱۲/۹۵	۰/۹۳	۰/۱۹
	آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور	۵۲/۰۵	۱۳/۱۰	۰/۹۶	۰/۷۰
	کنترل	۷۱/۷۵	۱۳/۹۰	۰/۹۵	۰/۴۳

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر تکانشگری داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله کاهشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال بود (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در متغیر تکانشگری به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار نیست (۵۸/۷۲=ام باکس، F=۴/۵۱، P=۰/۰۱)؛ بر این اساس اثرپیلایی معتبرتر است. نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر تکانشگری (P=۰/۰۱، W=۰/۲۰) معنادار است و شاخص F بر اساس تصحیح هیونه فلدت ارائه خواهد شد و مقادیر درجه آزادی کاهش خواهد یافت. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر تکانشگری

آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۶۱	۴۵/۴۴	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۶۱	۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۸	۴۵/۴۴	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۶۱	۱
اثر هتلینگ	۱/۶۲	۴۵/۴۴	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۶۱	۱
بزرگترین ریشه‌روی	۱/۶۲	۴۵/۴۴	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۶۱	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۴۵/۴۴، ۰/۶۱=اثرپیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای تکانشگری در سه مرحله اندازه‌گیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
زمان	۷۷۶۲/۳۰	۱/۱۵	۶۶۹۷/۸۵	۸۴/۱۴	۰/۰۱	۰/۵۹	۱
زمان*گروه	۳۶۲۰/۱۰	۲/۳۲	۱۵۶۱/۸۳	۱۹/۶۲	۰/۰۱	۰/۴۱	۱
خطا	۵۲۵۸/۲۷	۶۶/۰۶	۷۹/۶۰				
بین گروه‌ها	۷۸۲۴/۷۰	۲	۳۹۱۲/۳۵	۸/۰۲	۰/۰۱	۰/۲۲	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر تکانشگری (P=۰/۰۱، F=۸/۰۲، η=۰/۲۲) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی و بین‌گروهی متغیر تکانشگری

مراحل سنجش		درمان متمرکز بر شفقت		آموزش درمان هیجان محور		کنترل	
		تفاضل میانگین	معناداری	تفاضل میانگین	معناداری	تفاضل میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۰/۹۵	۰/۰۱	۲۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۱۰	۱/۰۰
پیش‌آزمون	پیگیری	۲۱/۶۰	۰/۰۱	۱۹/۹۵	۰/۰۱	۰/۹۰	۰/۳۲
پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۵	۱/۰۰	۰/۱۰	۱/۰۰	۰/۸۰	۰/۴۰
مقایسه بین گروهی		شفقت * کنترل		هیجان محور * کنترل		شفقت * هیجان محور	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
		۱۴/۳۰	۰/۰۱	۱۳/۶۵	۰/۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰

نتایج جدول فوق گویای این است که در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵)، اما در مقابل نشان داد که در گروه‌های درمانی نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد (P<۰/۰۵)؛ اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه‌های درمانی از پس‌آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می‌توان گفت که هر دو درمان به‌طور معنادار در طول زمان باعث کاهش تکانشگری شده‌اند. نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد همچنین بین گروه‌های درمان مبتنی بر آموزش درمان هیجان محور و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معنادار وجود داشت؛ در واقع هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معناداری بر کاهش تکانشگری تا مرحله پیگیری تاثیر داشته است؛ اما درمقابل بین دو گروه در درمان متمرکز بر شفقت و آموزش درمان هیجان محور تفاوت معناداری وجود نداشت (P=۱/۰۰) در واقع هر دو درمان بر کاهش تکانشگری موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور بر تکانشگری در نوجوانان با نشانگان افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی انجام شد. یافتههای پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش تکانشگری نوجوانان با نشانگان افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی موثر بوده است؛ این یافته با نتایج بمانی و همکاران (۲۰۲۵)، فرهادی و همکاران (۲۰۲۳)، ساندری و همکاران (۲۰۲۴) و وستین و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. در تبیین می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت در کاهش تکانشگری در نوجوانان دارای علائم افسردگی، عمدتاً از طریق تأکید بر ایجاد شفقت به خود و تنظیم هیجان، که در مدیریت رفتارهای تکانشی بسیار مهم هستند، مؤثر است (بمانی و همکاران، ۲۰۲۵). این درمان به نوجوانان کمک می‌کند تا افکار خودانتقادی را تغییر دهند و احساس شرم و سرزنش خود را که اغلب باعث تشدید تکانشگری می‌شوند، کاهش دهند، همچنین درمان متمرکز بر شفقت با تقویت شفقت به خود، تحمل عاطفی را افزایش می‌دهد و به نوجوانان اجازه می‌دهد تا احساسات شدید را بهتر تنظیم کنند و پاسخ‌های تکانشی واکنشی را کاهش دهند (برات و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین طرحواره‌های شناختی ناسازگار مرتبط با علائم افسردگی را هدف

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

قرار می‌دهد و به شکستن چرخه عاطفه منفی و کنش‌های تکانشی کمک می‌کند. تمرین‌های ساختاریافته این مداخله، از جمله تصویرسازی دلسوزانه و اطمینان‌بخشی به خود، پاسخ‌های عاطفی سازگار را تقویت کرده و واکنش‌های تکانشی ناشی از پریشانی عاطفی را کاهش می‌دهد. نکته مهم این است که کاهش علائم افسردگی در نتیجه افزایش شفقت به خود، تکانشگری را کاهش می‌دهد و یک حلقه بازخورد مثبت از بهبود ثبات عاطفی ایجاد می‌کند (خوشوقت و همکاران، ۲۰۲۱). در مجموع، تمرکز درمان متمرکز بر شفقت بر پرورش صدای درونی مهربان و کاهش شرم، ظرفیت نوجوانان را برای پاسخ متفکرانه به جای تکانشی به چالش‌های عاطفی افزایش می‌دهد و منجر به بهبود سلامت روان می‌شود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور بر کاهش تکانشگری نوجوانان با نشانگان افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های یفایت و همکاران (۲۰۲۱)، لانکسل و همکاران (۲۰۲۴)، یانگ و همکاران (۲۰۱۹) و کاویانی و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. در تبیین می‌توان بیان نمود که درمان متمرکز بر هیجان در کاهش تکانشگری در نوجوانان دارای علائم افسردگی، عمدتاً با بهبود تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی، مؤثر است. مطالعات نشان می‌دهد که علائم افسردگی نوجوانان با تقویت توانایی آنها در کنترل تکانه‌ها و تنظیم هیجان، که درمان متمرکز بر هیجان به طور خاص آن را هدف قرار می‌دهد، به طور قابل توجهی بهبود می‌یابد. درمان متمرکز بر هیجان به نوجوانان کمک می‌کند تا پاسخ‌های عاطفی ناسازگار را پردازش و تغییر دهند و واکنش‌های تکانشی را که اغلب ناشی از احساسات طاقت‌فرسا هستند، کاهش دهند (یفایت و همکاران، ۲۰۲۱). درمان متمرکز بر هیجان با تقویت استراتژی‌های شناختی-عاطفی سازگار، تکانشگری و افکار خودکشی را کاهش می‌دهد و در عین حال تاب‌آوری عاطفی را در نوجوانان دارای اختلال تنظیم هیجانی بالا ایجاد می‌کند. این اثرات درمانی، درمان متمرکز بر هیجان را به یک مداخله ارزشمند برای مدیریت تکانشگری مرتبط با علائم افسردگی در نوجوانان تبدیل می‌کند و ثبات کلی سلامت روان آنها را افزایش می‌دهد (آیکین و آیکین ، ۲۰۱۷).

یافته نهایی پژوهش نشان داد که بین دو مداخله درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور بر تکانشگری در نوجوانان با نشانگان افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی تفاوت معناداری وجو ندارد؛ در واقع هر دو درمان نقش مشابه‌ای داشته‌اند. در این راستا باقری و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که هر دو مداخله نقش موثری بر بهبود بهزیستی روانی نوجوانان با سابقه اقدام به خودکشی داشته است؛ در حالی که درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روانی نوجوانان موثرتر بوده است. درمان متمرکز بر شفقت و درمان متمرکز بر هیجان نتایج مشابهی در مورد تکانشگری در نوجوانان دارای علائم افسردگی دارند، زیرا هر دو مکانیسم‌های اصلی تنظیم هیجان را هدف قرار می‌دهند. هر دو درمان به نوجوانان کمک می‌کنند تا خودآگاهی و درک بیشتری از احساسات خود ایجاد کنند و واکنش‌های تکانشی ناشی از پریشانی عاطفی را کاهش دهند (باقری و همکاران، ۲۰۲۴). درمان متمرکز بر شفقت بر پرورش شفقت به خود برای مقابله با خودانتقادی و شرم تأکید دارد، که رفتارهای تکانشی ناشی از عاطفه منفی را کاهش می‌دهد (بمانی و همکاران، ۲۰۲۵). در همین حال، درمان هیجان محور بر پردازش و تبدیل احساسات دشوار، بهبود تحمل عاطفی که تکانشگری را مهار می‌کند، تمرکز دارد. هدف مشترک افزایش تنظیم هیجان، کاهش اجتناب تجربی و ترویج خود-ارتباطی تطبیقی، اثربخشی مشابه آنها را در کاهش تکانشگری علیرغم تکنیک‌های درمانی مختلف توضیح می‌دهد (لانکسل و همکاران، ۲۰۲۴).

در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مبتنی بر درمان هیجان محور به طور قابل توجهی تکانشگری را در بین نوجوانان دارای علائم افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی کاهش داده‌اند و این بهبودها در طول زمان حفظ شده‌اند. عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین این دو مداخله نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی به طور قابل توجهی در پرداختن به تکانشگری در این گروه پرخطر مؤثر هستند. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که مکانیسم‌های زیربنایی کاهش تکانشگری (مانند افزایش تنظیم هیجان، افزایش خودآگاهی و بهبود راهبردهای مقابله‌ای) در هر دو مداخله مشترک هستند و هر دو مداخله به ارتقاء آنها پرداخته‌اند، با وجود اینکه هر دو مداخله بنیان نظری متفاوتی دارند.

نمونه این پژوهش محدود به دختران نوجوان بود؛ تعمیم‌پذیری یافته‌ها به نوجوانان پسر محدود است. همچنین نمونه مورد نظر از دانش‌آموزان به روش هدفمند انتخاب شد که تعمیم‌دهی آن را به کل نوجوانان محدود می‌سازد. همچنین در این پژوهش افسردگی به روش کیفی با مصاحبه بالینی انجام شد، این نیز یک محدودیت در نبود ارزیابی عینی است. همچنین عدم کنترل شدت افسردگی و تعداد دفعات اقدام به خودکشی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده این محدودیت‌ها لحاظ شود. در زمینه کاربردی پیشنهاد می‌شود که مشاوران و روانشناسانی که با نوجوانانی که علائم افسردگی یا سابقه رفتار خودکشی دارند، کار

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

می‌کنند، می‌توانند جلسات گروه درمانی ساختاریافته‌ای را در برنامه بگنجانند که مهارت‌های مشترک هر دو مداخله (مانند تنظیم هیجان، شفقت به خود و مقابله سازگارانه) را آموزش می‌دهد.

منابع

برغندان، س.، اکبری، ب.، خلعتبری، ج.، و وارسته، ع.(۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر کیفیت زندگی دختران نوجوان دارای رفتار پرخطر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، *۲۶* (۳)، ۱۵۸-۱۶۸. https://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-4589-fa.html

دماوندیان، ا.، گلشنی، ف.، صفاری نیا، م.، باغداساریانس، آ. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پرخاشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودتنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار. *مجله علوم روانشناختی*، *۲۱* (۱۱۲)، ۸۱۸-۷۹۷. https://psychologicalscience.ir/article-1-1474-fa.html

مهدوی، ح.، آقاعباسی، آ.، زنگی دارستانی، ف.، و منظری توکلی، ر. (۱۴۰۲). تأثیر شفقت درمانی بر سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی سالمندان مبتلا به افسردگی. *سالمند شناسی*، *۸*(۴)، ۴۶-۳۹.https://joge.ir/article-1-662-fa.html

Aikin, N. T., & Aikin, P. A. (2017). *The hold me tight let me go program conversations for connection: Facilitators' guide for families with teens: A relationship education and enhancement program*. Ottawa: ICEEFT.

Andrade, F. R. T., Bonfada Collares Machado, A., Vásquez Hidalgo, S. D., Thalheimer, G., & de Almeida, R. M. M. (2024). Adolescent Substance use in Brazil and Ecuador: Unpacking the Roles of Impulsivity and Emotional Symptoms. *American Journal of Health Education*, *55*(6), 431-444. https://doi.org/10.1080/19325037.2024.2338461

Arnaud, N., Wartberg, L., Simon-Kutscher, K., Thomasius, R., & IMAC-Mind Consortium. (2024). Prevalence of substance use disorders and associations with mindfulness, impulsive personality traits and psychopathological symptoms in a representative sample of adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *33*(2), 451-465. https://doi.org/10.1007/s00787-023-02173-0

Asadiyun, M., & Daliri, S. (2023). Suicide attempt and suicide death in Iran: a systematic review and meta-analysis study. *Iranian journal of psychiatry*, *18*(2), 191. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37383956/

Asano, K., Tsuchiya, M., Okamoto, Y., Ohtani, T., Sensui, T., Masuyama, A., ... & Gilbert, P. (2022). Benefits of group compassion-focused therapy for treatment-resistant depression: A pilot randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, *13*, 903842. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36033032/

Bagheri, F., Parsa, F., & Mahdiyan, H. (2024). Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and emotion-focused therapy on the mental well-being of high school female students with suicide attempts. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, *26*(4), 261. https://jfmh.mums.ac.ir/article_25760_55bc0c2460e4519f7315326cecd8bffb.pdf?lang=en

Bazargan, M., Dehghani, A., Ramezani, M. A., & Ramezani, A. (2023). Prevalence of depression among Iranian children and adolescents: An updated systematic review and meta-analysis. *Health science reports*, *6*(10), e1584. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37795313/

Bemani, S., Barazandeh, A., Khajavi, M., Samadifard, N., & Esmaeilzadeh, L. (2025). Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Self-blaming and Depressive Symptoms of Depressed Bullied Adolescents. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, *6*(5), 1-8. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.6.5.5

Bore, M. C., Liu, X., Huang, X., Kendrick, K. M., Zhou, B., Zhang, J., ... & Becker, B. (2024). Common and separable neural alterations in adult and adolescent depression–evidence from neuroimaging meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *164*, 105835. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105835

Bratt, A. S., Rusner, M., & Svensson, I. (2020). An exploration of group-based compassion-focused therapy for adolescents and their parents. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, *8*(1), 38-47. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7685492/

Carona, C., Rijo, D., Salvador, C., Castilho, P., & Gilbert, P. (2017). Compassion-focused therapy with children and adolescents. *BJPsych Advances*, *23*(4), 240-252. https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015420

Conradi, H. J., Dingemanse, P., Noordhof, A., Finkenauer, C., & Kamphuis, J. H. (2018). Effectiveness of the 'Hold me Tight'relationship enhancement program in a self-referred and a clinician-referred sample: An Emotionally Focused Couples Therapy-based approach. *Family process*, *57*(3), 613-628. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28870000/

Defayette, A. B., Whitmyre, E. D., López Jr, R., Brown, B., Wolff, J. C., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2021). Adolescent depressed mood and difficulties with emotion regulation: Concurrent trajectories of change. *Journal of adolescence*, *91*, 1-14. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8380718/

Ezquerra, B., Alacreu-Crespo, A., Peñuelas-Calvo, I., Abascal-Peiró, S., Jiménez-Muñoz, L., Nicholls, D., ... & Porras-Segovia, A. (2024). Characteristics of single vs. multiple suicide attempters among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *33*(10), 3405-3418. https://doi.org/10.1007/s00787-023-02260-2

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

Farhadi, M., Rahimi, H., Paydar, M. R. Z., & Vasel, M. Y. (2023). The Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy on Cognitive Vulnerability to Depression. *Iranian Journal of Psychiatry*, *18*(2), 134. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10293688/

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, *15*(3), 199-208. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*, *53*(1), 6-41. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24588760/

Gilbert, P., & Simos, G. (2022). Compassion focused therapy: An evolution-informed, biopsychosocial approach to psychotherapy: history and challengePaul Gilbert. In *Compassion focused therapy* (pp. 24-89). Routledge. https://psycnet.apa.org/record/2023-36400-002

Johnson, S. (2008). *Hold me tight: Seven conversations for a lifetime of love*. Little, Brown Spark.

Juliansen, A., Heriyanto, R. S., Muljono, M. P., Budiputri, C. L., Sagala, Y. D. S., & Octavius, G. S. (2024). Mental health issues and quality of life amongst school-based adolescents in Indonesia. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, *2*, 100062. https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100062

Kaviyani, F., Bakhshani, N. M., Nasri, M., & Hojjat, S. K. (2025). Emotion-Focused Therapy on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Scoping Review. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, *19*(2), e159514. https://doi.org/10.5812/ijpbs-159514.

Kennedy, N., Johnson, S. M., Wiebe, S. A., Willett, J. B., & Tasca, G. A. (2019). Conversations for connection: An outcome assessment of the hold-me-tight relationship-education program, and recommendations for improving future research methodology in relationship education. *Journal of marital and family therapy*, *45*(3), 431-446. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30246486/

Keyes, K. M., Kreski, N. T., & Patrick, M. E. (2024). Depressive Symptoms in Adolescence and Young Adulthood. *JAMA network open*, *7*(8), e2427748-e2427748. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39141383/

Khalvati, M., Harouni, G. G., Ghazanfarpour, M., Asgari, M., Hadinezhad, P., Khosravifar, S., & Babakhanian, M. (2024). Cultural adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS) in a population of Iranian drug and alcohol addicts. *Environment and Social Psychology*, *9*(6), 20-24. https://doi.org/10.54517/esp.v9i6.2042

Khoshvaght, N., Naderi, F., Safarzadeh, S., & Alizadeh, M. (2021). The effects of compassion-focused therapy on anxiety and depression in the mothers of children with cerebral palsy. *Archives of Hygiene Sciences*, *10*(3), 225-234. https://doi.org/10.30476/whb.2020.88585.1087

Lancastle, D., Davies, N. H., Gait, S., Gray, A., John, B., Jones, A., ... & Tyson, P. (2024). A systematic review of interventions aimed at improving emotional regulation in children, adolescents, and adults. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, *34*(3), 100505. https://doi.org/10.1016/j.jbct.2024.100505

Lim, K. S., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., ... & Ho, R. C. (2019). Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, *16*(22), 4581. https://doi.org/10.3390/ijerph16224581

Lu, B., Lin, L., & Su, X. (2024). Global burden of depression or depressive symptoms in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *354*, 553-562. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38490591/

Maulidiya, A. K., Su'udi, A., & Wibowo, W. (2024). Emotional, mental disorders and depression in adolescents. *Jurnal Edukasi Ilmiah Kesehatan*, *2*(2), 63-70. https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/2051942

Nancy, A., Paul, A. (2019). Hold Me Tight/Let Me Go Enrichment Program for Families and Teens. In: Lebow, J.L., Chambers, A.L., Breunlin, D.C. (eds) Encyclopedia of Couple and Family Therapy. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_984

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, *51*(6), 768-774. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8778124/

Reck, A., Sweet, L. H., Geier, C., Kogan, S. M., Cui, Z., & Oshri, A. (2024). Food insecurity and adolescent impulsivity: The mediating role of functional connectivity in the context of family flexibility. *Developmental Science*, *27*(6), e13554. https://doi.org/10.1111/desc.13554

Sandery, P., Baranoff, J., & Dorstyn, D. (2024). Third wave interventions for adolescents with mental health disorders: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *34*, 100841. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100841

Sanz-Gómez, S., Vera-Varela, C., Alacreu-Crespo, A., Perea-González, M. I., Guija, J. A., & Giner, L. (2024). Impulsivity in fatal suicide behaviour: A systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Psychiatry research*, *337*, 115952. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115952

Singh, A. (2024). Adolescent Health Challenges Interventions and Future Directions. *Health Science Journal*, *18*(6), 1-2. https://doi.org/10.36648/1791- 809X.18.6.1151

Song, Y. (2024). Improving Child and Adolescent Mental Health Comprehensively in Challenging Times. *China CDC Weekly*, *6*(29), 701. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39050020/

Souza, D. M. D., Treichel, C. A. D. S., Ribeiro, L. G. M., Ferrer, A. P. S., & Rossato, L. M. (2024). Prevalence of risk factors among adolescents who suicide attempt: a cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *58*, e20240197. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39526924/

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

Tuncay, S., & Sarman, A. (2024). Determination of the relationship between depression and suicide in young adolescents. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, *37*(3), e12473. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38923673/

Vestin, M., Jokinen, J., Blomqvist, I., & Dennhag, I. (2025). Participants' evaluation of an internet-based group compassion-focused therapy program for young people in Sweden. *Frontiers in Psychology*, *16*, 1548320. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1548320

Yan, N., Luo, Y., Mackay, L. E., Wang, Y., Wang, Y., Wang, Y., ... & Wang, W. (2024). Global patterns and trends of suicide mortality and years of life lost among adolescents and young adults from 1990 to 2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *33*, e52. https://doi.org/10.1017/S2045796024000532

Yang, Y., Tian, M., Liu, Y., Qiu, S., Hu, Y., Yang, Y., ... & Lin, L. (2024). Effects of Impulsivity and Interpersonal Problems on Adolescent Depression: A Cross-Lagged Study. *Behavioral Sciences*, *14*(1), 52. https://www.mdpi.com/2076-328X/14/1/52

Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences*, *9*(4), 76. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6523365/

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]