

Research Paper



Comparing the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Compassion-Based Therapy on Emotional Suppression and Self-Disclosure in Adolescents with Depression



Fatemeh Rahimi ^{1*}, Arezou Asghari ²

1. Master of Psychology, Islamic Azad University, Mazandaran, Sari Branch, Iran.

2. Assistant Professor, Faculty of Humanities, Kosar University of Bojnord, Bojnord, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.17344

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17344.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords: metacognitive therapy, compassion-based therapy, emotional suppression, self-disclosure, depression

Received: 2023/04/06
Accepted: 2023/06/13
Available: 2024/02/20

Background and purpose: Depression in teenagers can severely disrupt personal and professional growth. The aim of the present study was to compare the effectiveness of metacognitive therapy and compassion-based therapy on emotional repression and self-disclosure in adolescents with depression. **Method:** It was a semi-experimental research based on a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the research included teenagers suffering from depression who referred to the Education Counseling Center of District 5 of Tehran in 2022, and 45 people were selected by available sampling method. Randomly, they were placed in three groups: metacognitive therapy, compassion-based therapy, and control group. Experimental group 1 underwent metacognitive therapy sessions and experimental group 2 underwent compassion therapy sessions. The research tools included Beck's (1996) depression questionnaire, Larson and Justin's (1990) emotional suppression questionnaire, and Weinberger's (1971) adjustment questionnaire. Data were analyzed using SPSS-24 software and multivariate covariance test. **Findings:** The results showed that there is a significant difference between the two experimental groups and the control group ($P < 0.05$). Also, metacognitive therapy was more effective than compassion therapy in reducing emotional suppression and self-disclosure in adolescents ($P < 0.05$). **Conclusion:** Based on the findings of the research, metacognitive therapy with emotional reorganization, cognitive control and tolerance led to the reduction of emotional repression and self-disclosure in adolescents with depression; therefore, it is suggested to use these methods along with other treatment methods to improve the quality of life of teenagers suffering from depression.



* Corresponding Author: Fatemeh Rahimi

E-mail: Frrahimi9877@gmail.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شفقت‌محور بر سرکوبگری عاطفی و خودنپهان‌سازی در نوجوانان مبتلا به افسردگی



فاطمه رحیمی^{۱*}، آرزو اصغری^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، واحد ساری، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.17344

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17344.html



چکیده

مشخصات مقاله

زمینه و هدف: افسردگی در نوجوانان رشد شخصی و شغلی را به شدت می‌تواند مختل کند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شفقت‌محور بر سرکوبگری عاطفی و خودنپهان‌سازی در نوجوانان مبتلا به افسردگی بود. **روش:** پژوهش نیمه‌آزمایشی و بر اساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۵ تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان فراشناختی، درمان شفقت‌محور و گروه گواه جایدهی شدند. گروه آزمایش ۱ تحت جلسات درمان فراشناختی و گروه آزمایش ۲ تحت جلسات درمان شفقت‌محور قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های افسردگی بک (۱۹۹۶)، سرکوبگری عاطفی لارسون و جاستین (۱۹۹۰) و پرسشنامه سازگاری وینبرگر (۱۹۷۱) بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و آزمون کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین درمان فراشناختی نسبت به درمان شفقت‌محور دارای اثربخشی بیشتری در کاهش سرکوبگری عاطفی و خودنپهان‌سازی در نوجوانان بود ($P < 0.05$). **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش، درمان فراشناختی با سازماندهی مجدد هیجانی، کنترل شناختی و تحمل‌پذیری منجر به کاهش سرکوبگری عاطفی و خودنپهان‌سازی نوجوانان مبتلا به افسردگی شد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود از این روش‌ها در کنار سایر روش‌های درمانی در جهت بهبود کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به افسردگی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها:

درمان فراشناختی، درمان شفقت‌محور، سرکوبگری عاطفی، خودنپهان‌سازی، افسردگی

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۱/۱۷

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۳/۲۳

منتشر شده: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

* نویسنده مسئول: فاطمه رحیمی

رایانامه: Frrahimi9877@gmail.com

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای حساس در زندگی با تغییرات سریع جسمی، روانی و اجتماعی است که به علت نوسانات و تعارضات اجتناب‌ناپذیر آن می‌تواند تهدیداتی به همراه داشته باشد (بی‌غم لعل‌آبادی، نریمانی و حاجی مرادی، ۱۴۰۱). در کنار تغییرات عمده جسمی، روانی و اجتماعی، میزان افسردگی^۱ نیز به طرز چشمگیری در این دوره رشدی افزایش می‌یابد (هارلی، هو، کونولی، سیمون و یانگ^۲، ۲۰۲۳). بررسی‌ها اذعان دارند، تقریباً ۲۰٪ از نوجوانان حداقل تا ۱۸ سالگی یک دوره افسردگی را تجربه می‌کنند و این می‌تواند بستر یکی از دلایل اصلی بیماری و ناتوانی در این گروه سنی باشد (عظیمی، یزدخواستی، مرآتی و ابراهیمی، ۱۴۰۱). افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطوح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیک همراه است (چاوز، سالیوان، پورتلا^۳، ۲۰۲۳). این اختلال با ایجاد مانع در ظرفیت ذاتی فرد برای رشد و شکوفایی منجر به اختلال در سلامت روان می‌شود (دان، جرمن، خازانو، ژو^۴، ۲۰۲۰). لذا، با توجه به مطالب فوق و اینکه افسردگی دارای ابعاد شناختی و هیجانی است، در مطالعه حاضر جهت مطالعه نوجوانان افسرده، شاخص‌های هیجانی و شناختی مانند سرکوبگری عاطفی^۵ و خودنهن‌سازی^۶ هدف قرار گرفت.

افراد افسرده عموماً در بیان هیجانات منفی تدافعی عمل می‌کنند، آنها را ابراز نمی‌کنند و به وفور از مکانیسم دفاعی سرکوب عواطف استفاده می‌کنند (کهری، حشمتی و پورشرفی، ۱۳۹۷). سرکوبگری عاطفی به عنوان توانایی فرد برای کنترل آگاهانه بیان احساسات منفی مانند اضطراب، غم و اندوه و خشم تعریف می‌شود (لی، یانگ، هی، وانگ، ژو^۷، ۲۰۱۵). شواهد تجربی نشان داده است که مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی را می‌توان بر حسب سلسله مراتبی از سازش‌یافتگی تنظیم کرد. مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی سازش‌یافته با پیامدهای سلامت جسمانی و روانی مرتبط‌اند و مکانیسم‌ها و سبک‌های سازش‌نیافته مانند سرکوبگری با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت مرتبط هستند (میکائیلی و پرنیان‌خوی، ۱۴۰۰). سرکوب عاطفی به عنوان راهی برای مقابله با افکار ناخوشایند و تجربه هیجانی منفی است که با کاهش سلامت جسمانی، کاهش کیفیت زندگی و پریشانی همراه است (کالتابیانو و حشمتی^۸، ۲۰۲۰). زمانی که افراد حمایت اجتماعی خود را پایین می‌بینند و احساسات خود را سرکوب می‌کنند، احساس اندوه بیشتری را گزارش می‌کنند (گومز، ماتوس، سیلوا، سالز^۹، ۲۰۲۲). نتایج مطالعات هاف، لیو، چایمویتز و گلیسون^{۱۰} (۲۰۲۳) نشان داد که استفاده از راهبردهای تنظیم‌هیجان مزمن که از نظر سازگاری و اثربخشی

متفاوت هستند (به عنوان مثال، سرکوبگری عاطفی، ارزیابی مجدد) می‌تواند بر ادراک خطر تأثیر بگذارد. همچنین کهری و همکاران (۱۳۹۷) دریافتند که فرایند جداسازی عاطفی و ریختن احساسات در درون خود با کاهش میزان خود دوست‌داری، و افزایش خودانتقادی، افسردگی را افزایش می‌دهد. گرایش فرد به پنهان کردن ناراحتی‌های شخصی خود از دیگران با جلوگیری از رشد مهارت‌های سازگاران‌های از قبیل یادگیری استفاده از بازخورد و حمایت دیگران، به پیامدهای روانشناختی منفی از جمله افسردگی منجر می‌شود (هوک و بلانکنشپ^{۱۱}، ۲۰۲۰). خودنهن‌سازی، پنهان کردن گرایش‌ها و اطلاعات شخصی از دیگران است که ضمن پیشبینی احساس تنهایی، می‌تواند به افکار خودکشی منجر شود (دی‌آگاتا، گرانیک، هولدن و نازارو^{۱۲}، ۲۰۲۰). در چارچوب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خودنهن‌سازی یک استراتژی تنظیم‌هیجان ناسازگار است که برای کاهش افکار و احساسات منفی به کار می‌رود (سیسی، پرکینز، ساندوز و سودوز^{۱۳}، ۲۰۲۱). در خودنهن‌سازی، پنهان کردن اطلاعات و احساسات خود، سبب بروز مشکلات زیادی در ایجاد و حفظ روابط دوستانه می‌شود که می‌تواند به تنهایی بیشتر فرد منجر شود (اکدوغان و سیمسیر^{۱۴}، ۲۰۱۹). افرادی که خودنهن‌سازی بالایی دارند، کمتر به دنبال کمک‌های حرفه‌ای می‌آیند و این بازاری مداوم از اطلاعات شخصی نیز به استرس درونی اضافه نموده که باعث تشدید پریشانی‌روانشناختی می‌شود و میزان بالاتر خودنهن‌سازی با افکار خودکشی^{۱۵} در ارتباط است (فیض‌الهی، نریمانی و موسی زاده، ۱۴۰۰). نتایج مطالعات کیلی و رایس^{۱۶} (۲۰۲۰) نشان داد که نگرانی‌ها در مورد حفظ روابط بین‌فردی از طریق خودنهن‌سازی به شدت علائم افسردگی کمک نموده؛ و بر درخواست کمک روانشناختی اثرات منفی گذاشته و افکار خودکشی را تقویت می‌کند (غفاری، قاسمی‌نژاد و چرامی، ۱۴۰۰).

پژوهشگران نقش وسیع‌تری برای مداخله‌های روان‌پزشکی و روان‌درمانی برای کاهش علائم و شدت بیماری افراد مبتلا به اختلالات خلقی مطرح کرده‌اند، یکی از این درمان‌ها که می‌تواند در مورد این بیماران استفاده شود، درمان فراشناختی^{۱۷} است (اکبری و حسینی، ۱۳۹۹). رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها در برابر پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی، به الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد (ملچور، هایدن، دین، مایر و فرانکن^{۱۸}، ۲۰۲۳). مدل فراشناختی بیان می‌دارد که حالت افسردگی، با شکست در ارزیابی تحقق اهداف شخصی ارتباط دارد. باورهای فراشناختی، افکار نشخوارگونه را به عنوان شیوه‌ای برای مقابله و خودتنظیمی در نظر می‌گیرند (ورگالیتو، شاینا،

10. Hoff, Liu, Chaimowitz, and Gleason
11. Hogue and Blankenship
12. D'Agata, Granic, Holden and Nazzaro
13. Sissy, Perkins, Sandoz and Sudoz
14. Akdogan and Simsir
15. Suicidal thoughts
16. Kelly and Rice
17. Metacognitive therapy
18. Melchior, Hayden, Dean, Mayer and Franken

1. Depression
2. Harley, Hu, Connolly, Simon, and Young
3. Chavez, Sullivan, Portella
4. Dunn, German, Khazano, Zhou
5. Emotional repression
6. Self-disclosure
7. Li, Yang, He, Wang, Zhou
8. Caltabiano and Heshmati
9. Gomes, Matos, Silva, Salz

پژوهش آقاجانی و پرنیان‌خوی (۱۴۰۰) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت، روشی مؤثر در کاهش سرکوبگری عاطفی بیماران است. رجایی و سدرپوشان (۱۳۹۹) دریافتند که شفقت درمانی بر کاهش افسردگی و افکار ناکارآمد زنان اثربخش است. همچنین پژوهش شیرالی‌نیا و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش افسردگی زنان اثر معناداری داشت. شاهار و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند خودانتقادی و افسردگی بیماران را کاهش و هیجانات مثبت و شفقت آنها را افزایش دهد. پژوهش تانبنام و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به طور معنی‌داری عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشیده و در مقابل هیجانات منفی آنان را کاهش دهد.

از آنجا که افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است، یک گام اساسی به سمت توسعه تکنیک‌های تشخیص و مداخله مؤثر، درک زیرلایه‌های عصبی افسردگی است که برای تشخیص و درمان بسیار مهم است (لی، فریستون، مودی، وانگ^۸، ۲۰۱۸). همچنین شناسایی اولیه و درمان مؤثر افسردگی نوجوان از اهمیتی ویژه برخوردار است زیرا افسردگی رشد شخصی و شغلی افراد مورد نظر را به شدت می‌تواند مختل کند و اگر افسردگی در دوره نوجوانی با موفقیت درمان نشود، اغلب به شکل دوره‌های افسردگی مزمن در بزرگسالی عود می‌کند. همچنین، افسردگی به عنوان عامل زمینه‌ساز افزایش خطر خودکشی در نوجوان، به صورت یک وضعیت بالقوه تهدیدکننده زندگی در این دوره سنی شناخته می‌شود، در نتیجه مداخلات مؤثر و قابل اجرا برای رسیدگی به سلامت روانی نوجوانان مورد نیاز است. با توجه وجود پژوهش‌های نادر و گاه متناقض در رابطه با تاثیر درمان فراشناختی و درمان شفقت‌محور بر بیماران افسرده و همچنین لزوم انجام مطالعات بیشتر در رابطه با تاثیر این ابزار در کاستی‌های موجود در تجارب عاطفی افراد مبتلا به اختلال افسردگی، سؤال پژوهش حاضر این است که آیا تفاوتی بین اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شفقت‌محور بر سرکوبگری عاطفی و خودنهن‌سازی در نوجوانان مبتلا به افسردگی وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی و بر اساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی نوجوانان مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۵ تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان فراشناختی (۱۵ نفر)، درمان شفقت‌محور (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایدهی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تشخیص افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه

ماجیونی، سیورتینو^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). به عبارت دیگر، درمان فراشناختی با شیوه تفکر افراد سروکار دارد و معتقد است که مشکلات افراد، نتیجه سبک تفکر انعطاف‌ناپذیر و تکراری در واکنش به افکار، احساسات و باورهای منفی است (کالسن، ریوز، هل و ولز^۲، ۲۰۲۰). این رویکرد درمانی بر تغییر این سبک پردازشی بی‌ثمر تاکید می‌کند (تورسلوند، مک ایوی و اندرسون^۳، ۲۰۲۰). درمان فراشناختی از طریق آموزش توجه به بیمار کمک می‌کند تا فرایند نشخوار فکری^۴ را قطع کند. سپس باورهای منفی و مثبت بیمار درباره نشخوار فکری را به چالش می‌کشد. این درمان به جای افکار خودآیند منفی، فرایند نشخوار فکری را هدف مداخله قرار می‌دهد و به این ترتیب با کاهش خودپنهان‌سازی، احتمال ورود به دوره‌های افسردگی اساسی کاهش می‌یابد (هاشمی و افشاری، ۱۳۹۷). در این راستا نتایج مطالعات اکبری و حسینی (۱۳۹۸) نشان داد که درمان‌های موج سوم رفتاری، به خصوص درمان‌های فراشناختی درمانی بر کاهش نشانه‌های افسردگی و سرکوبگری هیجان‌ها مؤثر هستند. آزاد و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود دریافتند که روش درمان فراشناختی تأثیر بسزایی بر کاهش افسردگی بیماران دارد. ورگالیتو و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که درمان فراشناختی نسبت به تحریک الکتریکی جمجمه، اثربخشی بیشتری بر کاهش افسردگی اساسی نوجوانان دارد. تورسلوند و همکاران (۲۰۲۰) با بررسی تأثیر فراشناختی درمانی بر اختلالات افسردگی و اضطراب نوجوانان نشان دادند که درمان فراشناختی از نظر کارایی و اثربخشی برای نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطراب و افسردگی امیدوارکننده است. آموزش و درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی و سوگیری‌های شناختی اثرگذار است (اشنایدر، بوکر، ریکر، کارامتسو و جلینک^۵، ۲۰۱۸).

از دیگر سو، درمان متمرکز بر شفقت^۶ از علوم عصب‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد و مدل‌های درمانی بسیاری برگرفته شده است که سه اصل ذهن‌آگاهی، مهربانی با خود و حس اشتراک با انسانیت را دربر می‌گیرد (جوہانسن، اسپلاندر، وسترگارد^۷، ۲۰۲۲). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آنها کمک می‌کند (ابوطالبی، یزدچی و اکبری نژاد، ۱۴۰۱). طبق پژوهش‌های صورت گرفته عامل کلیدی و تاثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیارکننده نسبت به مشکل است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است، چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند (آیرون و لاد^۸، ۲۰۱۹). مطالعات نشان داده که افرادی که از شفقت بالاتری نسبت به خود برخوردارند، سطوح پایین افسردگی، اضطراب و نشخوار را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت زندگی بالاتری نیز برخوردارند (کیارسی، عمدیان و حسن‌زاده، ۱۴۰۰). نتایج

6. Compassion-focused therapy
7. Johansen, Schelander, Westergaard
8. Iron & Lad
9. Li, Freeston, Moody, Wang

1. Vergalito, Shaina, Maggioni, Severtino
2. Callsen, Reeves, Hale and Wells
3. Torslund, McEvoy and Anderson
4. Rumination
5. Schneider, Booker, Ricker, Karametso and Jelink

مدت طراحی شده است، و برای ارزیابی هر دو جمعیت بالینی و غیربالینی دارای اعتبار می‌باشد. مقیاس حاضر برای اندازه‌گیری سه سازه مختلف مشتمل بر پریشانی، خودکنترلی و حالت‌های تدافعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازه پریشانی (۲۹ آیتم) به چهار بعد اضطراب، افسردگی، عزت نفس پایین و سطح پایین بهزیستی، طبقه‌بندی شده است. مهار (۳۰ آیتم) دارای چهار بعد می‌باشد که عبارتند از: سرکوب خشم و پرخاشگری، کنترل تکانه، در نظر گرفتن دیگران، و مسئولیت‌پذیری. حالت‌های تدافعی (۲۲ آیتم) نیز به دو بعد دفاع سرکوبگرانه و انکار پریشانی تقسیم می‌گردد. شرکت‌کنندگان می‌توانند پاسخ خود را در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) انتخاب نمایند. در این پژوهش نیز براساس نتایج پژوهش بائودیک و همکاران (۲۰۱۶) برای ارزیابی سرکوبگری عاطفی، صرفاً از زیر مقیاس‌های مهار و حالت‌های تدافعی استفاده گردید. دامنه نمرات هر فرد در خرده مقیاس مهار بین ۳۰ تا ۱۵۰ و خرده مقیاس حالت‌های تدافعی بین ۲۲ تا ۱۱۰ است. نمره‌ی بالا در این مقیاس نشانگر سطح بالای سرکوبگری هیجانی است (بائودیک و همکاران، ۲۰۱۶). آلفای کرونباخ گزارش شده توسط وینبرگر برای سازه پریشانی ۰/۹۱، خودکنترلی ۰/۸۷، انکار پریشانی ۰/۷۵ و دفاع سرکوبگرانه ۰/۷۹ می‌باشد (وینبرگر، ۱۹۷۱). در پژوهشی که توسط توری و سالوی (۱۹۹۴) جهت اعتبارسنجی پرسشنامه‌ها در زمینه سرکوبگری عاطفی صورت پذیرفت، نتایج بیانگر آن بود که از بین شش مقیاس مورد بررسی، پرسشنامه‌ی سازگاری وینبرگر، معتبرترین ابزار از نظر روانسنجی برای حالت سرکوبگری می‌باشد. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران در پژوهش حشمتی، ناصری و پرنیان‌خوی (۱۳۹۷) مورد استفاده قرار گرفته است و در آن آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۷۷ بود. در پژوهش میکائیلی و پرنیان‌خوی (۱۴۰۰) نیز مقدار آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۷۹ می‌باشد. حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مربوطه، ابتدا از افرادی که بر اساس مصاحبه بالینی و نمره پرسشنامه افسردگی بک، تشخیص افسردگی دریافت نمودند، خواسته شد تا در جلسه‌ای توجیهی شرکت کنند، بعد از بیان اهداف پژوهش، از میان افرادی که مایل به همکاری بودند، ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های خودنهادسازی و سرکوبگری عاطفی به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. افراد گروه آزمایش ۱ تحت جلسات درمان فراشناختی به مدت هفته‌ای ۱ جلسه در قالب ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، و گروه آزمایش ۲ تحت جلسات درمان شفقت‌محور به مدت هفته‌ای ۱ جلسه در قالب ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در مرکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۵ تهران قرار گرفتند. دو روز پس از اتمام جلسات درمانی، شرکت‌کنندگان مجدد پرسشنامه‌ها را به عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های پژوهش

بالینی، عدم دریافت درمان دارویی؛ و معیارهای خروج نیز، شرکت در مداخلات روانشناختی هم‌زمان دیگر و غیبت بیش از دو بار در جلسات درمانی بود. به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که محتوای جلسات درمانی و یافته‌های حاصل از پرسشنامه‌ها کاملاً محرمانه خواهد بود و تلاش شد تا اعتماد آنها برای شرکت و حضور در مطالعه کسب شود.

ابزار

پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی توسط بک، وارد، مندلسون، موک و ارباف (۱۹۶۱) ساخته شده که یک ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش شدت افسردگی در افراد ۱۳ سال به بالا است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است و علائمی از قبیل غمگینی، احساس شکست و احساس گناه را مورد بررسی قرار می‌دهد. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۹۶۱) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی دونیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ را نشان داد. همچنین الهای، واسکوز، لاستگارتن، لوین و هال (۲۰۱۸) پایایی این ابزار را با استفاده از روش دو نیمه‌سازی برابر ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش کلاهی و همکاران (۱۴۰۱) ضریب اعتبار کل را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی را ۰/۹۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. **مقیاس خودنهادسازی:** پرسشنامه خودنهادسازی در سال ۱۹۹۰ توسط لارسون و جاستین برای ارزیابی میزان تمایل فرد به پنهان کردن اطلاعات شخصی ناراحت‌کننده و منفی خود از دیگران در قالب ۱۰ گویه طراحی گردید. آزمودنی‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از «۱- کاملاً مخالفم تا ۵- کاملاً موافقم» به سوالات پرسشنامه پاسخ می‌دهند. ضریب پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین همسانی درونی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ به دست آمد (لارسون و جاستین، ۱۹۹۰). محققان علاوه بر انسجام درونی بالا، در بحث روایی همگرا، بین این مقیاس و اضطراب، افسردگی، پریشانی عمومی، تنهایی، ناسازگاری و علائم جسمی همبستگی مثبتی را گزارش کردند. همچنین در بحث روایی واگرا، بین این مقیاس و عزت‌نفس، حمایت اجتماعی و احتمال مراجعه به مشاوره روانشناسی همبستگی منفی را گزارش کرده‌اند (کرامر و باری، ۱۹۹۹). در پژوهش تقی‌زاده، شریفی و فرخ‌زاد (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱۷ و ضریب بازآزمایی با فاصله زمانی سه ماهه برابر ۰/۸۳۲ به دست آمد که نشانگر همسانی درونی و پایایی مطلوب این مقیاس در جامعه ایرانی است. همچنین روایی سازه این مقیاس با مقدار ۰/۸۵۲ شاخص KMO و معناداری آزمون کرویت بارتلت حاکی از تایید روایی سازه این مقیاس بود. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه سازگاری وینبرگر: این پرسشنامه توسط وینبرگر در سال ۱۹۷۱ ساخته شده، دارای ۸۴ آیتم و ۱۰ خرده مقیاس همراه با یک مقیاس اعتبار کوتاه است و برای ارزیابی عملکردهای بلند مدت به جای علائم کوتاه

3. Weinberger compatibility questionnaire

1. Beck depression questionnaire
2. Self-disclosure scale

از طریق آزمون تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. فرایند درمان فراشناختی، از پروتکل درمان فراشناختی ولز^۱ (۲۰۰۵)، ترجمه محمدخانی (۱۳۹۲) و درمان شفقت‌محور از پروتکل گیلبرت^۲ (۲۰۰۱)، ترجمه اثباتی و فیضی (۱۳۹۷) اقتباس شده است که محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل می‌باشد.

جدول ۱: برنامه مداخله درمان فراشناختی

جلسه	اهداف	محتوای جلسه
اول	معرفه، ارزیابی علائم	معرفه، ارزیابی علائم و معرفی اختلال افسردگی، مشخص کردن نیاز و ضرورت درمان.
دوم	ارائه منطق درمان فراشناختی	بررسی پیوند بین فراشناخت‌ها، احساسات و رفتار، تغییر فراشناخت‌های غیر مفید به فراشناخت‌های مفید، به تعویق انداختن نشخوار فکری و نگرانی.
سوم	ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی	تمرین ذهن‌آگاهی، آموزش توجه انتخابی و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار فکری و نگرانی
چهارم	شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی	تمرین آموزش توجه، به چالش کشیدن فراشناخت‌های غیرقابل کنترل و باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی مفید برای برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش.
پنجم	آشنا کردن بیماران با دو راهبرد نگرانی و نشخوار فکری	شناسایی باورهای منفی، بحث و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی.
ششم	آشنا سازی بیماران با سندرم توجهی-شناختی	ارزیابی باورهای منفی و استراتژی‌های بی‌فایده و همچنین بررسی ترس‌های مکرر افراد.
هفتم	آموزش تکنیک متمرکز کردن توجه بر موقعیت	بررسی تعصبات در برابر شواهد غیر قابل تأیید، خودداری از قضاوت‌هایی که شواهد کافی برای آنها وجود ندارد و بررسی معایب تصمیمات عجولانه.
هشتم	جلوگیری از عود	بررسی اجمالی جلسات، شناسایی موانع موجود در استفاده از روش‌ها، بحث دربارهٔ جلوگیری از عود، و کار بر روی باورهای فراشناختی باقی مانده.

جدول ۲: برنامه مداخله درمان شفقت‌محور

جلسه	اهداف	محتوای جلسه
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت	آشنایی و معرفه، توضیح قوانین، بیان نقش عوامل روانشناختی مثبت در اختلال افسردگی، معرفی درمان مبتنی بر شفقت.
دوم	آشنایی با رفتار و افکار خودانتقادگر	بررسی نقش کیفیت زندگی در بهزیستی ذهنی، شادکامی و سلامت روان، راه‌های موفقیت در دستیابی به امیدواری و شادکامی.
سوم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود	آشنایی با اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی، بیان فلسفه زندگی، تمرین هدف‌یابی و آشنایی با اصول شفقت درمانی.

چهارم	درک و توانایی تحمل شرایط دشوار	استفاده از گام تغییر نگرش بر پایه اصول شناخت درمانی، آموزش تکنیک تفکر در رفتار.
پنجم	ایجاد احساسات خوشایند	آموزش راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هشیاری، آموزش تغییر اولویت‌ها.
ششم	آشنایی با رفتار شفقت‌گر	آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی.
هفتم	شناسایی احساسات متناقض	آموزش اصول مهم خوشبینی، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت‌گزینی، اصل تنفس آرامش‌بخش.
هشتم	مرور مباحث آموزش داده شده	آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت آموزش تکنیک‌های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه موثر، مرور و خاتمه تکنیک‌های درمانی مبتنی بر شفقت.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه درمان فراشناختی $17/1 \pm 3/71$ ، گروه درمان شفقت‌محور $16/3 \pm 9/55$ ، و گروه گواه $17/5 \pm 3/29$ بود. از میان شرکت‌کنندگان پژوهش ۵۷٪ دختر و ۴۳٪ پسر بودند. بین گروه‌های مورد بررسی از نظر مشخصات دموگرافیک، تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0/05$). میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میان گین	انحراف معیار	میان گین	انحراف معیار
توجه‌ناقص	آزما	۱/۱۴	۴/۱۷	۵/۱۹	۴/۱۳
	یش	۰/۸	۰	۴	۰
توجه‌ناقص	آزما	۱/۱۷	۴/۱۲	۵/۱۶	۴/۱۵
	یش	۰/۸	۰	۹	۰
گواه	آزما	۱/۱۵	۴/۱۴	۱/۲۱	۳/۱۷
	یش	۰/۸	۰	۰/۹	۰
توجه‌ناقص	آزما	۴/۲۱	۳/۴۲	۲/۳۷	۳/۱۲
	یش	۰/۷	۰	۱	۰
توجه‌ناقص	آزما	۴/۴۵	۳/۵۲	۲/۳۸	۳/۱۷
	یش	۰/۷	۰	۵	۰
گواه	آزما	۴/۴۸	۴/۵۴	۴/۷۶	۴/۳۶
	یش	۰/۷	۰	۸	۰

۰/۰۰۰	-۰/۰۲	-۴/۹۷	درمان شفقت‌محو	درمان فراشناختی	سرکوبگری عاطفی
۰/۳۶۱	۰/۹۶	-۵۵/۰۲	ر گواه	درمان فراشناختی	
۰/۵۲۷	۰/۹۸	-۵۰/۰۵	ر گواه	درمان شفقت‌محو	
۰/۰۰۰	-۰/۰۵	-۴/۰۱	درمان شفقت‌محو	درمان فراشناختی	خودنهن‌سازی
۰/۵۰۹	-۱/۲۴	-۲۷/۳۹	ر گواه	درمان فراشناختی	
۰/۳۶۶	-۱/۱۹	-۲۳/۳۸	ر گواه	درمان شفقت‌محو	

با توجه به مقادیر جدول ۵ می‌توان گفت در متغیرهای سرکوبگری عاطفی و خودنهن‌سازی، تفاوت بین میانگین دو گروه درمانی در مرحله پس‌آزمون معنادار است و می‌توان گفت، روش درمانی فراشناختی اندکی بیشتر از روش درمان شفقت‌محور در کاهش سرکوبگری عاطفی و خودنهن‌سازی موثر بوده است ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شفقت‌محور بر سرکوبگری عاطفی و خودنهن‌سازی در نوجوانان مبتلا به افسردگی بود. نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایش درمان فراشناختی و درمان شفقت‌محور با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین درمان فراشناختی نسبت به درمان شفقت‌محور دارای اثربخشی بیشتری در کاهش سرکوبگری عاطفی و بهبود خودنهن‌سازی بود. نتایج این پژوهش در حیطه اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های افسردگی (آزاد و همکاران، ۱۴۰۰)، سرکوبگری هیجان‌ها (اکبری و حسینی، ۱۳۹۸)، افکار خودآیند منفی و خودنهن‌سازی (هاشمی و افشاری، ۱۳۹۷) و مطالعات ورتگالیتو و همکاران (۲۰۲۳)، تورسلوند و همکاران (۲۰۲۰) و اشنایدر و همکاران (۲۰۱۸)، مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی بر نشانه‌های افسردگی و سوگیری‌های شناختی همسو بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در درمان فراشناختی، از تکنیک توجه‌آگاهی انفعالی استفاده می‌شود که شامل نوعی آگاهی‌یابی خفیف و منفعلانه از افکار منفی و رها کردن نگرانی، نشخوار فکری و سایر پاسخ‌های مقابله‌ای مرتبط با آنها می‌باشد، همچنین این درمان نحوه تفکر افسرده‌ساز را مورد هدف قرار می‌دهد و خطاهای شناختی را با تمرین‌های عملی به ایشان می‌شناساند. آموزش و درمان فراشناختی به شرح نشخوار فکری به عنوان یکی از مهمترین عوامل تداوم افسردگی می‌پردازد، چرخه‌های معیوب اندیشناکی نوجوانان افسرده را به تصویر می‌کشد و فرایند اندیشیدن افسرده‌ساز و اندیشیدن واقع‌بینانه را مقایسه می‌کند (اشنایدر و همکاران،

با توجه به یافته‌های جدول ۳، میانگین نمرات گروه‌های آزمایش نسبت به گواه، در هر دو متغیر سرکوبگری عاطفی و خودنهن‌سازی بهبود یافته است. همچنین آماره آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای سرکوبگری عاطفی و خودنهن‌سازی معنادار نبود که بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها است. از دیگر پیش‌فرض‌های مهم، رعایت پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس است که برای بررسی آن از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار نیست ($F=1/58, M=94/12, P<0/01$). برای بررسی همگنی واریانس گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین در مورد سرکوبگری عاطفی ($F=1/15, sig=0/328, P>0/05$) و خودنهن‌سازی ($F=1/98, sig=0/198, P>0/05$) بود که به لحاظ آماری معنی‌دار نبود و بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها تایید شد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، استفاده از این آزمون مجاز است و بنابراین نتایج این آزمون در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴: شاخص‌های تحلیل کوواریانس متغیرهای وابسته بر حسب نوع

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورا	درج ه آزاد	درمان و همپراشی پیش‌آزمون	
				F	معنادار
سرکوبگری عاطفی	پیش‌آزمون	۷۶/۷۹	۱	۵/۲۱	۰/۰۲
گروه	خطا	۹۳۲/۶۳	۲	۳/۲۷	۰/۰۰۱
خودنهن‌سازی	پیش‌آزمون	۳۷۷/۹۲	۳۱	۱۲/۵۹	۰/۰۰۱
ی	خطا	۱۳۲/۲۴	۱	۱/۶۴	۰/۰۰۱
گروه	خطا	۵۹۱/۷۵	۲	۳/۸۷	۰/۰۰۱
	خطا	۲۵۱/۴۲	۳۱	۸/۲۸	

با توجه به نتایج جدول ۵ پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون در گروه‌های درمان فراشناختی و درمان شفقت‌محور متغیرهای سرکوبگری عاطفی ($P < 0.01$)، خودنهن‌سازی ($F=32/87, P < 0.001$) معنادار بود. با توجه به معناداری اثر نوع درمان در مورد متغیرهای وابسته، جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی را برای مقایسه‌های بین گروهی در هر یک از این دو متغیر را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه روش‌های مداخله بر

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	سرکوبگری عاطفی و خودنهن‌سازی	
			تفاوت	معنی‌دار
			خطای	ی
			میانگی	د

مهرورزی که بر ریلکسیشن، ذهن آرام، دلسوز و ذهن آگاهی تاکید می‌کند، نقش بسزایی در آرامش فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارد و منجر به کاهش افسردگی فرد می‌شود. همچنین به افراد می‌آموزد که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند و به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد و بدین صورت خودنهادسازی کاهش پیدا می‌کند (فیض‌الهی و همکاران، ۱۴۰۰).

برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های آن اشاره می‌کنیم. نمونه پژوهش حاضر فقط به کسانی پوشش داد که برای دریافت خدمات به مرکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۵ تهران مراجعه کردند. بنابراین، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند کسانی که داوطلب دریافت این خدمات نیستند و گروه بیماران بستری در بیمارستان‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین در این پژوهش پیگیری نتایج پژوهش بعد از اجرای پس‌آزمون مقدور نبود و لذا می‌توان به عنوان یک محدودیت زمانی از آن نام برد. پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با نمونه‌های بزرگتر می‌تواند کاستی کم بودن حجم نمونه این پژوهش را جبران کند. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران بعدی به بررسی میزان اثربخشی این روش‌های درمانی با دوره پیگیری طولانی‌تری مبادرت ورزند تا میزان تداوم آن با گذشت زمان طولانی‌تری نیز به دست آید. همچنین روانشناسان و درمانگران می‌توانند از این مداخلات برای بهبود نیمرخ روانی نوجوانان مبتلا به افسردگی استفاده کنند.

منابع

- اکبری، مهدی؛ حسینی، زهرا سادات. (۱۳۹۹). فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان‌های موج سوم رفتاری بر افسردگی در ایران: مقایسه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه آگاهی و درمان فراشناختی (سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶). *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷(۱): ۱۷۵-۱۸۹.
- آزاد، مهدی؛ باقرزاده گل‌مکانی، زهرا؛ منصوری، احمد؛ دوستکام، محسن. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس. *روانشناسی سلامت*، ۱۰(۴۰): ۱۵۱-۱۶۴.
- ابوطالبی، حمید؛ یزدچی، نفیس؛ اسمخانی اکبری نژاد، هادی. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران*، ۳۲(۱): ۹۲-۱۰۱.
- آقاجانی، سیف اله؛ پرنیان خوی، مریم. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و سرکوبگری عاطفی بیماران عروق کرونری قلب. *روانشناسی سلامت*، ۱۰(۳۹): ۱۴۵-۱۵۶.
- بی غم لعل آبادی، الهه؛ نریمانی، محمد؛ حاجی مرادی، رضیه. (۱۴۰۱). فرا تحلیل اثر بخشی درمان فعال ساز رفتاری بر میزان افسردگی نوجوانان. *فصلنامه علمی روشها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۳(۴۷): ۱۶۱-۱۷۴.

۲۰۱۸). فنون فراشناخت درمانی کمک می‌کند که فرد از هیجانات خود، آگاهی یافته، آنها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را تنظیم کند و همچنین این درمان به فرد یاری می‌رساند تا با سازماندهی مجدد هیجانی، زمینه را برای کاهش ناگویی هیجانی فراهم آورد و نهایتاً سبب شناسایی، توصیف و ابراز مناسب هیجانات شود. در فراشناخت درمانی افراد به توانایی‌های خود در زمینه شناسایی و توصیف هیجانات پی می‌برند و انگیزه آنها برای بیان مناسب هیجانات افزایش می‌یابد، بنابراین افرادی که توانایی شناخت احساسات و هیجانات خود را دارند و حالات هیجانی خود را به شکل موثری ابراز می‌کنند بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبه رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق‌تر عمل می‌کنند که در نتیجه، این افراد از سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند بود (آزاد و همکاران، ۱۴۰۰).

همچنین درمان فراشناختی با بهبود دانش فراشناختی و تجارب فراشناختی افراد، اضطراب، افسردگی و استرس را تعدیل کرده و ارزیابی‌ها و قضاوت‌های دقیق‌تری از وضعیت شناختی فرد در اختیار آنها قرار می‌دهد. مجموعه این عوامل باعث می‌شود افراد احساس کنند که می‌توانند شرایط زندگی خود را بیشتر کنترل کنند و در نتیجه این احساس و تجربه فراشناخت، کنترل شناختی، چالش و تحمل‌پذیری تقویت می‌شود که به نوبه خود باعث بهبود استراتژی‌های کنترل فراشناختی و سبک‌های مقابله‌ای می‌شود و به فرد کمک می‌کند تا با مقابله و کنترل افکار منفی باعث ایجاد چالش و کنترل مشکلات شود و او را ملزم به مشارکت فعال در مسائل زندگی کند و در نهایت موجب می‌شود که فرد از افکار مربوط به ناراحتی‌ها و اطلاعات شرم‌آور شخصی (خودنهادسازی) و نیز احساسات دردناک درد، رنج، ملال، درماندگی، ناامیدی و احساس گناه رهایی یابد و درمان فراشناختی با تاکید بر پذیرش افکار، هیجانات و احساسات به جای اجتناب یا سرکوب آنها به این افراد می‌آموزد تا به زندگی ارزشمند بپردازند که خود زمینه‌ساز کاهش خود نهدان سازی می‌گردد (تورسلوند و همکاران، ۲۰۲۰).

در تبیین اثربخشی اثربخشی درمان شفقت‌محور بر سرکوبگری عاطفی و خودنهادسازی نوجوانان همسو با مطالعات آقاجانی و پرنیان خوی (۱۴۰۰)، رجایی و سدروپوشان (۱۳۹۹)، شیرالی نیا و همکاران (۱۳۹۷)، شاهر و همکاران (۲۰۱۹) و تاننام و همکاران (۲۰۱۷) می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانات عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌نماید، بنابراین به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی و کاهش نشخوار فکری در کاهش سرکوبگری عاطفی موثر است. بنابراین هیجانات مثبت در بیماران پس از درمان متمرکز بر شفقت نیز تقویت می‌شود، چون اساس شفقت به نوعی بر پایه هیجانات مثبت می‌باشد. همچنین شفقت بیشتر، مواجه شدن با هیجان را مد نظر قرار می‌دهد تا اجتناب کردن از آن؛ و استفاده از راهبردهای مساله‌محور را سرمشق قرار می‌دهد. بنابراین افراد بعد از دریافت این درمان، به جای اجتناب از مسائل هیجانی، با برخورد مساله‌مدار همراه با شفقت، تنظیم هیجانات را به مرور فرا می‌گیرند و توانایی در ایجاد تعادل در هیجانات، آنها را در مسیر بهتری قرار می‌دهد (آقاجانی و پرنیان خوی، ۱۴۰۰). علاوه بر این، با توجه به ماهیت و محتوای تمرین‌های

- Akdoğan, R., Çimşir, E. (2019). Linking inferiority feelings to subjective happiness: Self-concealment and loneliness as serial mediators. *Personality and Individual Differences*, 149(15): 14-20.
- Baudic, S., Jayr, C., Albi-Feldzer, A., Fermanian, J., Masselin-Dubois, A., Bouhassira, D., Attal, N. (2016). Effect of alexithymia and emotional repression on postsurgical pain in women with breast cancer: A prospective longitudinal 12-month study. *Journal of pain*, 17(1): 90-100.
- BeckAT, W., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(1): 561-571.
- Chavez, B., Sullivan, J., Portela, P. (2023). Improving Adolescent Depression in Primary Care: A Quality Improvement Initiative. *The Journal for Nurse Practitioners*, 19(3): 450-463.
- Cramer, K. M., & Barry, J. E. (1999). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the self-concealment scale. *Personality and Individual Differences*, 27(4): 629-637.
- Caltabiano, M., Heshmati, R. (2020). Pathway linking dispositional mindfulness to fatigue in oncology female nurses: Exploring the mediating role of emotional suppression. *European Journal of Oncology Nursing*, 48(10): 831-840.
- Callesen, P., Reeves, D., Heal, C., & Wells, A. (2020). Metacognitive therapy versus cognitive Behaviour therapy in Adults with Major Depression: A parallel Single-Blind Randomised trial. *Scientific Reports*, 10(1): 1-10.
- Dunn, B. D., German, R. E., Khazanov, G., Xu, C., Hollon, S. D., & DeRubeis, R. J. (2020). Changes in positive and negative affect during pharmacological treatment and cognitive therapy for major depressive disorder: A secondary analysis of two randomized controlled trials. *Clinical Psychological Science*, 8(1): 36-51.
- D'Agata, M.T., Granek, J.A., Holden, R.R., Nazarov, A. (2020). *The relation between self-concealment and self-reported mental health symptoms in a sample of Canadian Armed Forces personnel*. Military Behavioral Health. <https://doi.org/10.1080/21635781.2020.1838365>
- Elhai, J., Vasquez, J., Lustgarten, S., Levine, J., Hall, B. (2018). Proneness to boredom mediates relationships between problematic smartphone use with depression and anxiety severity. *Social Science Computer Review*, 36(6): 707-720.
- Gomes, P., Matos, P., Silva, E., Sales, C. (2022). Distress facing increased genetic risk of cancer: The role of social support and emotional suppression. *Patient Education and Counseling*, 105(7): 2436-2442.
- تقی زاده، الهه؛ شریفی، حسن پاشا؛ فرخزاد، سهیلا. (۱۳۹۲). هنجاریابی پرسشنامه خودپنهان کاری در بین دانش آموزان مقطع متوسطه و راهنمایی شهر تهران. *فصلنامه تخصصی روانسنجی*، ۱(۴): ۸۹-۱۰۱.
- حشمتی، رسول؛ ناصری، الهه؛ پرینان خوی، مریم. (۱۳۹۷). نقش سرکوبگری عاطفی و توانمندی ایگو در پیش بینی مصرف و عدم مصرف سیگار در بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه روان شناسی سلامت*، ۷(۴): ۷-۱۹.
- رجائی، سمیه؛ سدروپوشان، نجمه. (۱۳۹۹). اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معنوی بر امید به زندگی، افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس. *قرآن و طب*، ۱(۵): ۱۱۸-۱۲۶.
- شیرالی نیا، خدیجه؛ چلداوی، رحیم؛ امان الهی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه. *روان شناسی بالینی*، ۱۰(۱): ۹-۲۰.
- عظیمی، اکرم؛ یزدخواستی، فریبا؛ مرآتی، محمدرضا؛ ابراهیمی، امراه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی روان درمانی مبتنی بر فرهنگ و درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی و افکار خودکشی با توجه به نقش تعدیل گر نورو تروفیک مشتق شده از مغز در دختران نوجوان. *تازه های علوم شناختی*، ۳(۳): ۱۴۸-۱۶۳.
- غفاری، زینب؛ قاسمی نژاد، پریا؛ چرامی، مریم. (۱۴۰۰). نقش میانجی رفتارهای یاری طلبانه در رابطه بین تنهایی و خودپنهان سازی با افکار خودکشی دانشجویان. *مطالعات روان شناختی*، ۱۷(۱): ۹۵-۱۱۲.
- فیض الهی، سارا؛ نریمانی، محمد؛ موسی زاده، توکل. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افکار خودکشی، خودپنهان سازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی. *رویش روان شناسی*، ۱۰(۲): ۶۹-۸۰.
- کهرتری، لیلا؛ حشمتی، رسول؛ پورشریفی، حمید. (۱۳۹۷). بررسی روابط ساختاری افسردگی بر مبنای اجتناب تجربه‌ای و سرکوبگری عاطفی: نقش میانجی شفقت بر خود. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳(۳): ۲۹۷-۲۸۴.
- کیارسی، زیبا؛ عمادیان، سیده علیا؛ حسن زاده، رمضان. (۱۴۰۰). مقایسه درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. *رویش روان شناسی*، ۱۰(۸): ۱۹۶-۱۸۵.
- گیلبرت، پل. (۲۰۰۱). *درمان متمرکز بر شفقت*. ترجمه مهرنوش اثباتی و علی فیضی (۱۳۹۷). انتشارات ابن سینا.
- میکائیلی، نیلوفر؛ پرینان خوی، مریم. (۱۴۰۰). نقش میانجی سرکوبگری عاطفی در رابطه- آزار دیدگی دوران کودکی و سبک‌های دلبستگی با آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد در نوجوانان پسر. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۶(۶): ۱۶۱-۱۷۶.
- ولز، آدریان. (۲۰۰۵). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*. ترجمه شهرام محمدخانی (۱۳۹۲). انتشارات وراى دانش.
- هاشمی، زهره؛ افشاری، علی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با درمان فراشناختی در درمان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۳(۵): ۲۳۲-۲۴۹.

- Harlé, K., Ho, T., Connolly, C., Simmons, A., Yang, T. (2023). How Obstructed Action Efficacy Impacts Reward-based Decision-making in Adolescent Depression: An fMRI Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 20(3): 529-541.
- Huff, N., Liu, G., Chimowitz, H., Gleason, K. (2023). COVID-19 related negative emotions and emotional suppression are associated with greater risk perceptions among emergency nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5(11): 111-120.
- Hogge, I., & Blankenship, P. (2020). Self-concealment and suicidality: Mediating roles of unmet interpersonal needs and attitudes toward help-seeking. *Journal of clinical psychology*, 76(10): 1893-1903.
- Johannsen, M., Schlander, C., Vestergaard, I. (2022). Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults – Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 314(9): 46-53.
- Irons, C., Lad, S. (2019). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1): 47-54.
- Kealy, D., Rice, S. (2020). Dispositional connectedness and depressive symptoms among help-seeking outpatients: the mediating role of self-concealment. *The European Journal of Psychiatry*, 34(4): 219-222.
- Larson, D. G., & Chastain, R. L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(4): 439-455.
- Li, L., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., Zhang, J., & Zhu, X. (2015). Emotional suppression and depressive symptoms in women newly diagnosed with early breast cancer. *BMC women's health*, 15(1): 2-8.
- Li, B. J., Friston, K., Mody, M., Wang, H. N., Lu, H. B., & Hu, D. W. (2018). A brain network model for depression: From symptom understanding to disease intervention. *CNS neuroscience & therapeutics*, 24(11): 1004-1019.
- Melchior, K., Heiden, C., Deen, M., Mayer, B., Franken, I. (2023). The effectiveness of metacognitive therapy in comparison to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 36(1): 780-794.
- Sease, T., Perkins, D., Sandoz, E., Sudduth, H. (2021). Automatic thoughts: Understanding the precursors of self-concealment within the psychological flexibility framework. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 22(10): 68-73.
- Schneider, B. C., Bucker, L., Riker, S., Karamatskos, E., & Jelinek, L. (2018). A Pilot Study of Metacognitive Training (D-MCT) for Older Adults with Depression. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 29(1): 7-19.
- Shahar, B., Szepsenwol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., Levit-Binnun, N. (2019). A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(4): 346-56.
- Turvey, C., Salovey, P. (1994). Measures of repression: converging on the same construct. *Imagination cognition and personality*, 13(4): 279-289.
- Thorslund, J., McEvoy, P. M., & Anderson, R. A. (2020). Group metacognitive therapy for adolescents with anxiety and depressive disorders: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4): 625-645.
- Tanenbaum, M. L., Adams, R. N., Gonzalez, J. S., Hanes, S. J., Hood, K. K. (2017). Adapting and validating a measure of diabetes – specific self-compassion. *Journal of diabetes and its complications*, 33(10): 1540-1541.
- Vergallito, A., Schiena, G., Maggioni, F., Sciortino, D., Casiraghi, L., Vedani, A., Melloni, C., Caselli, G., Ruggiero, G., Sassaroli, S., Brambilla, P., Josefina, L., Lauro, R. (2023). Combining Metacognitive Therapy and tDCS: preliminary results in patients with Major Depressive Disorder. *Brain Stimulation*, 16(1): 291-307.
- Weinberger, D. A. (1971). *Social – emotional adjustment in older children and adults: Psychometric properties of the Weinberger Adjustment Inventory*. Case Western Reserve University, Cleveland.