

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر با اقدام به خودکشی مقطع متوسطه

چکیده

دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۲۱ ویرایش: ۱۴۰۳/۰۱/۲۸ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۵ آنلاین: ۱۴۰۳/۰۳/۰۱

فاطمه پارسا^۱، فریبرز باقری^{۱*}، حسین مهدیان^۲

۱- گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲ گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

زمینه و هدف: باتوجه به اینکه شیوع گرایش و اقدام به خودکشی در دوران بلوغ به شدت افزایش می‌یابد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر با اقدام به خودکشی انجام گردید.

روش بررسی: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر با اقدام به خودکشی مقاطع اول و دوم متوسطه ارجاع داده شده به مرکز مشاوره اداره آموزش و پرورش شهر بجنورد بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شروع پژوهش تا جمع‌آوری داده‌ها، از اردیبهشت ۱۴۰۱ تا خرداد ۱۴۰۲ در مرکز مشاوره واحد علوم تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی تهران به طول انجامید. ابتدا پرسشنامه تاب‌آوری کانز و دیویدسون (۲۰۰۳) از هر سه گروه گرفته شد. سپس گروه آزمایش به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش درمان شفقت و هیجان‌مدار قرار گرفت و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری و آنالیز واریانس برای اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مولفه‌های تاب‌آوری در سه گروه آزمایشی تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج تایید کننده تاثیر دو روش درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر با سابقه اقدام به خودکشی می‌باشد و درمان متمرکز بر شفقت اثربخشی بیشتری را نشان داد.

کلمات کلیدی: درمان هیجان‌مدار، تاب‌آوری، خودکشی.

* نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، گروه روانشناسی.

تلفن: ۰۲۱-۸۶۰۹۶۸۱۴

E-mail: f.bagheri@srbiau.ac.ir

مقدمه

است، مواجهه می‌شود. این مواجهه آغاز شروع بحران خواهد بود که می‌تواند مثبت یا منفی باشد.^۱ در این دوره جنبه‌های سلامت روان دستخوش تغییرات می‌گردد که ممکن است نوجوانان برخی از رفتارهای پرخطر از جمله خودکشی را از خود نشان دهند، در سال‌های اخیر خودکشی در نوجوانان به میزان هشدار دهنده‌ای بالا رفته و تقریباً به یک حد همه‌گیری رسیده است.^۲ باتوجه به اینکه

نوجوانی دوره‌ای است که فرد با موانع و مشکلاتی از قبیل رشد هویت، استقلال از خانواده توأم با ادامه ارتباط و قرار گرفتن در گروه‌های همسال‌ها و انتقال از کودکی به بزرگسالی که واجد ویژگی‌هایی چون تغییرات جسمانی در بدن و تحول‌های شناختی

شفقت می‌شود و تغییر را در فرد تسهیل می‌کند.^{۱۱} در این راستا Behvandi و همکاران در پژوهش خود نشان دادند درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت، درمانی قابل‌استفاده برای کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی افراد مبتلا به سردرد اولیه و درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر شفقت به یک اندازه جهت کاهش کمال‌گرایی بیماران مبتلا به علایم سردرد اولیه مناسب هستند.^{۱۲} همچنین نتایج مطالعه Mohammadi و همکاران نشان داد که هر دو درمان در کاهش مشکلات روان‌شناختی-زناشویی همسران جانبازان اثربخش بودند، اما اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان هیجان‌مدار به‌طور معناداری بیشتر بود. بنابراین می‌توان از درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار یا تلفیقی از این دو درمان جهت بهبود مشکلات روان‌شناختی-زناشویی همسران جانبازان بهره برد.^{۱۳} در پژوهشی دیگر Teymouri و همکاران به مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان بر زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر پرداختند یافته‌ها نشان داد که هر دو روش درمانی بر افزایش تنظیم هیجانی زوجین اثرگذار است اما بین زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت خود بر تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود ندارد.^{۱۴} باتوجه به تاکید این دو رویکرد بر نقش هیجان‌ات و تسهیل تغییر از طریق توسعه رشد شخصی، نوشتار حاضر در نظر دارد با آموزش رویکردهای درمانی در جهت بهبود وضعیت روانی این نوجوانان گام بردارد، لذا هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است که آیا مداخلات درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر با اقدام به خودکشی موثر است؟

روش بررسی

این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل بود که در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1402.279 به تصویب رسید. پژوهش حاضر از نوع هدف نیز کاربردی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر با اقدام به خودکشی مقاطع اول و دوم متوسطه ارجاع داده شده به مرکز مشاوره اداره آموزش و پرورش شهر بجنورد بودند.

افکار خودکشی به دوره‌ای خاص از زندگی تعلق ندارد، اما به نظر می‌رسد نوجوانان در لحظه‌هایی از زندگی که با مشکلات شخصی روبه‌رو می‌شوند، بیشتر شکنندگی نشان می‌دهند و این درحالی است که حس می‌کنند راه برگشت ندارند.^۳ این مفهوم طیفی از اندیشه‌های مبهم در مورد امکان خاتمه زندگی تا خودکشی کامل را در برمی‌گیرد.^۴ یکی از عوامل مطرح در خودکشی تاب‌آوری است. تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک بیان‌شده است. تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر شرایط تهدیدکننده قلمداد نمی‌شود، بلکه شرکت فعال فرد در محیط را مهم دانسته است. امروزه تاب‌آوری در حوزه‌های بهداشت روانی و روانشناسی تحولی، جایگاه ویژه‌ای برای خود کسب کرده است و بیشتر از دو دهه است که به‌عنوان یک سازه مهم در تئوری‌ها و پژوهش‌های بهزیستی مطرح است.^۵ از نظر Masten افراد می‌توانند تحت آموزش قرار گیرند تا ظرفیت تاب‌آوری خود را با آموختن برخی مهارت‌ها افزایش دهند و با واکنش مناسب در برابر استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواری‌ها را تغییر دهند و بر مشکلات منفی محیط غلبه پیدا کنند. روش‌های درمانی مختلفی تاکنون روی افراد اقدام‌کننده به خودکشی اجرا شده است.^۶ به عقیده Greenberg از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر تنظیم هیجان و عواطف منفی تاثیرگذار باشد، درمان هیجان‌مدار می‌باشد. مسئله اصلی درمان متمرکز بر هیجان، این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازمان‌دهی خود می‌باشد.^۷ خود شفقت ورزی بالا با بهزیستی روان‌شناختی همراه است و از افراد در مقابل استرس حمایت می‌کند.^۸ محور اصل رویکرد متمرکز بر شفقت (Compassion focused therapy, CFT) پرورش ذهن شفقت ورز است. در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد.^۹ در واقع شفقت به معنای داشتن موضع مثبت نسبت به خود است، زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود. شفقت خود به‌عنوان یک صفت و یک عامل محافظ موثر در پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود.^{۱۰} در نتیجه این فرایند، ذهن فرد همان واکنشی که در برابر عوامل شفقت ورزانه بیرونی داشته است از خود نشان می‌دهد و به آرامش و تسکین می‌رسد. در واقع "درمان متمرکز بر شفقت" منجر به ایجاد و رشد ذهن با

کوباسا روی ۳۰ نفر از بیماران روان‌پزشکی انجام‌شده و نتایج نشان داد که پرسشنامه‌ی تاب‌آوری با پرسشنامه‌ی سرسختی کوباسا ۰/۸۳ ارتباط دارد، ولی با استرس ادراک‌شده ۰/۷۶ رابطه دارد و نشان می‌دهد که سطح بالای تاب‌آوری با استرس تجربه‌شده‌ی پایین ارتباط دارد.

روش انجام کار بدین صورت بود که پس از اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی و کسب اجازه از مدیریت کلینیک آموزش و پرورش شهرستان بجنورد، باتوجه به اینکه لیست کلیه افرادی که دست به خودکشی ناموفق زده‌اند شروع پژوهش تا جمع‌آوری داده‌ها، از اردیبهشت ۱۴۰۱ تا خرداد ۱۴۰۲ در مرکز مشاوره واحد علوم تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران به طول انجامید. در اختیار مجری پژوهش بود، مجری پژوهش با دانش‌آموزان اقدام‌کننده به خودکشی مشمول معیارهای پژوهش تماس حاصل نموده و از افراد داوطلب جهت شرکت در پژوهش دعوت نموده و آنها در پژوهش شرکت کردند و بدین ترتیب ۴۵ نفر از بین دانش‌آموزان دختر با اقدام به خودکشی مقاطع اول و دوم متوسطه که توسط مشاوران مدارس به مرکز مشاوره اداره آموزش و پرورش شهر بجنورد در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ ارجاع داده شدند انتخاب شدند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها و تقسیم تصادفی آنها به گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر)، هر دو گروه به پرسشنامه‌های تحقیق پاسخ می‌دهند (پیش‌آزمون). سپس اعضای گروه آزمایش درمان شفقت به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض مداخله درمان متمرکز بر شفقت (CFT) براساس برنامه درمانی برگرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت و کتاب درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران اکت بود.^{۱۹،۱۸} اعضای گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض مداخله درمان مبتنی بر هیجان (EFT) براساس بسته آموزشی برگرفته از پروتکل درمانی گرینبرگ قرار گرفتند.^{۲۰} و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند.

روایی جلسات درمانی به روش محتوایی توسط سه تن از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، موردبررسی و تایید قرار گرفت. مداخله توسط یک روانشناس در مقطع دکتری تخصصی مشاوره و آموزش دیده در زمینه "درمان متمرکز بر شفقت" و "درمان مبتنی بر هیجان" در مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بجنورد انجام گرفت. در پایان مداخله،

گزینش نمونه به صورت در دسترس و داوطلبانه با جایگزینی تصادفی می‌باشد باتوجه به اینکه حجم نمونه در تحقیقات آزمایش باید به ازای هر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد.^{۱۵} تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل سکونت در شهرستان بجنورد، داشتن محدوده سنی ۱۸-۱۳، اقدام به خودکشی در محدوده زمانی ۱۴۰۱-۱۴۰۲، جنسیت دختر، موافقت و رضایت شخصی برای شرکت در پژوهش و اینکه آزمودنی تحت درمان دارویی جهت کاهش اضطراب و افسردگی نباشد.

ملاک‌های خروج از پژوهش شامل شروع یا ادامه حضور در درمان‌های روان‌شناختی دیگر به غیر از درمان متمرکز بر هیجان و درمان متمرکز بر شفقت از سه ماه پیش از شرکت در پژوهش، اعتیاد به هرگونه مواد، وجود سابقه بستری شدن، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در مراحل مختلف پژوهش بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تاب‌آوری Connor & Davidson بود که در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند.^{۱۶} پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین صفر تا ۱۰۰ قرار دارد. این پرسشنامه چند خرده مقیاس دارد. زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی، ۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰ زیرمقیاس اعتماد به خرایز فردی تحمل عاطفه منفی، ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶ زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ۸-۵-۴-۲-۱ زیرمقیاس کنترل، ۲۲-۲۱-۱۳ زیرمقیاس تاثیرات معنوی ۹-۳. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله چهار هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط Mohammadi در سال ۱۳۸۴ هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است.^{۱۶} Connor و همکاران پایایی آزمون-باز آزمون این پرسشنامه روی ۲۴ بیمار GAD و PTSD را ۰/۸۷ گزارش کردند.^{۱۷} روایی همگرای این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه‌ی سرسختی

مجدداً آزمودنی‌ها با پرسشنامه‌ی مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین پس از یک ماه از آخرین جلسه آموزش گروهی، از آزمودنی‌ها در هر سه گروه پیگیری به عمل آمد. اجرای پرسشنامه‌های این پژوهش به صورت خودگزارش‌دهی بوده است. به این ترتیب که در آغاز هر پرسشنامه توصیفی خلاصه در اختیار افراد قرار گرفته تا مطالعه نموده و سپس اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمایند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، تک‌تک پرسشنامه‌ها از نظر صحت پاسخگویی به‌طور دقیق مورد بررسی قرار گرفته تا پرسشنامه‌ها به‌طور ناقص پاسخ داده نشده باشند، سپس داده‌های مورد نیاز برای بررسی اهداف و فرضیه‌های پژوهش از پرسشنامه‌ها استخراج و با SPSS (software, version 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است. خلاصه جلسات مداخله‌ی درمان متمرکز بر شفقت CFT محتوای جلسات آموزشی، جلسه اول: معارفه و آشنایی. جلسه دوم: تعریف و تبیین ذهن و انواع تولیدات ذهن با استعاره. جلسه سوم: آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، 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) جلسه چهارم: ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان شفقت ورز یا غیرشفقت ورز. جلسه پنجم: تعریف و تفسیر سه سیستم تنظیم هیجانی (دفاع، انگیزه، امنیت) و ویژگی هر کدام از سیستم‌ها. جلسه ششم: آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز. جلسه هفتم: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. جلسه هشتم: مرور مطالب مطرح شده در جلسات پیش و همچنین جمع‌بندی از جلسات و اجرای پس‌آزمون و هماهنگی تاریخ اجرای پرسشنامه با مراجع جهت آزمون پیگیری. خلاصه جلسات مداخله‌ی درمان متمرکز بر هیجان EFT محتوای جلسات آموزشی، جلسه اول: اجرا پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و روابط بین فردی، ارزیابی اهداف و انتظارات مراجعان از جلسات درمان. جلسه دوم: تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که مراجعان چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و

پیوند دلبستگی مراجعان، آشنایی مراجعان با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش موثر هیجان‌ات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری در مراجعان. جلسه سوم: شکل‌دهی دوباره به مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌ات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به مراجع، آگاهی دادن به مراجعان در مورد تاثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی. جلسه چهارم: ترغیب به شناسایی نیازهای پردازنده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است. جلب توجه مراجعان به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آنها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش در مراجعان. جلسه پنجم: آگاه کردن افراد از هیجان‌ات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر مراجع در رابطه، تاکید بر پذیرش تجربیات و بیماران و بررسی راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجان‌ات شناخته‌شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آنها. جلسه ششم: آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی در مراجعان و توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین مراجعان. جلسه هفتم: ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین بیماران و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی. جلسه هشتم: تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است. برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه براساس پیوندی ایمن به گونه‌های که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه حل‌های آسیمی به آنها وارد نسازد، جمع‌بندی و ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

با توصیف داده‌های گردآوری شده در این مطالعه، علاوه بر مشخصات دموگرافیک گروه آزمون (جدول ۱)، شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره کل تاب‌آوری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ ارایه شده است. نتایج جدول حاکی از آن است که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت میانگین‌ها در گروه آزمایش

محسوس می‌باشد که نشان دهنده‌ی آن است که مداخلات برتاب‌آوری تاثیر داشته است. همچنین نمرات پیگیری تغییر محسوسی نکرده است که نشان دهنده‌ی آن است که درمان ماندگار بوده است. در ادامه تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت. برای بررسی پیش فرض‌های واریانس‌های گروه‌های آزمایش یکسان است. باتوجه به اینکه پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. آزمون پارامتریک، از آزمون Kolmogorov Smirnov مبتنی بر نرمال بودن توزیع نمرات نمونه استفاده شد که در این آزمون سطح معناداری متغیر مورد نظر از $(P < 0/05)$ می‌باشد و به معنی آن است که متغیر مورد نظر از توزیع نرمال برخوردار است جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها از آزمون کرویت موجلی

محسوس می‌باشد که نشان دهنده‌ی آن است که مداخلات برتاب‌آوری تاثیر داشته است. همچنین نمرات پیگیری تغییر محسوسی نکرده است که نشان دهنده‌ی آن است که درمان ماندگار بوده است. در ادامه تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. آزمون پارامتریک، از آزمون Kolmogorov Smirnov مبتنی بر نرمال بودن توزیع نمرات نمونه استفاده شد که در این آزمون سطح معناداری متغیر مورد نظر از $(P < 0/05)$ می‌باشد و به معنی آن است که متغیر مورد نظر از توزیع نرمال برخوردار است جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها از آزمون کرویت موجلی

باتوجه به نتایج گزارش شده در جدول ۲ بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($F=103/63, P<0/01$). همچنین معنادار بودن تعامل میان مراحل با هر دو گروه آزمایشی در متغیر تاب‌آوری، حاکی از آن است که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه‌های آزمایش درمان هیجان‌مدار و آموزش درمان متمرکز بر شفقت به‌طور معناداری بالاتر از گروه گواه می‌باشد ($F=11/25, P<0/01$).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیر تاب‌آوری در گروه درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار و گروه‌گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مقیاس	گروه	درمان متمرکز بر شفقت		گروه درمان هیجان‌مدار		گروه گواه
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
تصور از شایستگی فردی	پیش‌آزمون	۲۱/۹۳	۲/۱۵	۲۱/۳۳	۲/۳۸	۲۰/۲۷
	پس‌آزمون	۲۷/۸۷	۳/۲۵	۲۷/۲۷	۱/۵۸	۲۲/۳۳
	پیگیری	۲۶/۱۳	۲۲/۱۷	۲۴/۱۳	۱/۷۷	۲۲/۳۳
اعتماد به‌گرایز فردی تحمل عاطفه منفی	پیش‌آزمون	۱۸/۲۷	۲/۴۹	۱۷/۸۰	۲/۴۰	۱۸/۷۳
	پس‌آزمون	۲۴/۶۰	۲/۷۷	۲۲/۰۰	۱/۸۹	۱۹/۲۷
	پیگیری	۲۲/۴۷	۲/۱۰	۲۱/۰۷	۲/۹۴	۱۹/۰۰
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	پیش‌آزمون	۱۲/۴۰	۱/۹۹	۱۳/۸۷	۲/۱۰	۱۲/۲۰
	پس‌آزمون	۱۷/۲۰	۱/۶۱	۱۶/۲۷	۱/۶۲	۱۳/۶۰
	پیگیری	۱۵/۹۳	۱/۳۹	۱۶/۶۷	۱/۳۵	۱۴/۲۰
کنترل	پیش‌آزمون	۹/۶۷	۱/۸۸	۸/۶۰	۲/۱۰	۸/۲۰
	پس‌آزمون	۱۲/۲۷	۱/۳۹	۱۱/۵۳	۱/۱۳	۸/۱۳
	پیگیری	۱۱/۴۷	۱/۸۵	۱۱/۲۰	۲/۴۶	۸/۸۷
تاثیرات معنوی	پیش‌آزمون	۶/۴۰	۱/۴۵	۵/۸۷	۲/۲۰	۵/۲۷
	پس‌آزمون	۷/۰۷	۱/۵۳	۷/۰۰	۱/۰۰	۵/۹۳
	پیگیری	۷/۵۳	۱/۰۶	۷/۰۷	۱/۳۳	۵/۴۷
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۶۸/۶۷	۳/۹۶	۶۷/۴۷	۵/۱۸	۶۴/۶۷
	پس‌آزمون	۸۹/۰۰	۶/۵۰	۸۲/۸۷	۲/۷۵	۶۹/۲۷
	پیگیری	۸۳/۵۳	۳/۳۶	۸۰/۰۰	۲/۶۷	۶۹/۸۷

شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی) حاکی از آن است که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه‌های آزمایش گروه آزمایش به‌طور معناداری بالاتر از گروه گواه می‌باشد. بین میزان مولفه‌های تاب‌آوری آزمودنی‌ها گروه آزمایش و گروه گواه تصور از شایستگی فردی ($F=26/71, P<0/01$) کنترل ($F=17/54, P<0/01$) الگوی تاثیرات معنوی ($F=8/45, P<0/01$) اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی ($F=13/15, P<0/01$) پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ($F=11/87, P<0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج نیز بیانگر اثربخشی بیشتر درمان متمرکز بر شفقت بر مولفه‌های تاب‌آوری می‌باشد. جهت بررسی دقیق‌تر و تعیین گروه‌هایی که با هم تفاوت دارند از آزمون بن فرونی استفاده شد که نتایج آزمون تکمیلی نشان داد که تفاوت معناداری در مولفه‌های تاب‌آوری گروه‌های مذکور وجود دارد و این تفاوت برای گروه درمان متمرکز بر شفقت بیشتر است که حکایت از اثر بخشی بیشتر آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود مولفه‌های تاب‌آوری دارد.

بین میزان تاب‌آوری آزمودنی‌ها سه گروه درمان هیجان‌مدار، آموزش درمان متمرکز بر شفقت و گروه گواه ($F=51/09, P<0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج بیانگر اثربخشی درمان‌های گروه درمان هیجان‌مدار و آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری است. جهت بررسی دقیق‌تر و تعیین گروه‌هایی که با هم تفاوت دارند از آزمون بن فرونی (Bonferroni's test) استفاده شد که نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در متغیر تاب‌آوری گروه‌های مذکور وجود دارد و این تفاوت برای گروه درمان متمرکز بر شفقت بیشتر است که حکایت از اثر بخشی بیشتر آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود تاب‌آوری دارد. جهت بررسی مقایسه اثر درمان متمرکز بر شفقت، درمان هیجان‌مدار بر مولفه‌های تاب‌آوری دانش آموزان با اقدام به خودکشی از Analysis of covariance چند متغیره با تکرار اندازه‌گیری استفاده گردید. باتوجه به نتایج جدول ۳ بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. همچنین معنادار بودن تعامل میان مراحل با گروه آزمایشی مولفه‌های تاب‌آوری (تاب‌آوری تصور از

جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی میانگین نمره‌های تاب‌آوری گروه درمان هیجان‌مدار و گروه درمان متمرکز بر شفقت و گروه گواه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	میزان تاثیر
مرحله	۸۵۴/۲۴	۲	۲۲۹۱/۱۲	۱۰۳/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۷۱
گروه*مرحله	۹۴۴/۶۱	۴	۲۴۸/۶۵	۱۱/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۳۵
گروه	۳۷۰۱/۴۴	۲	۱۸۵۰/۷۲	۵۱/۰۹	۰/۰۰۰	۰/۷۱
خطا	۱۵۲۱/۳۸	۴۲	۳۶/۲۲			

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی میانگین نمره‌های مولفه‌های تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و گروه گواه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	میزان تاثیر
تصور از شایستگی فردی	۱۰۲/۷۱	۲	۵۱/۳۶	۲۶/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۵۶
اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	۵۷/۹۷	۲	۲۸/۹۹	۱۳/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۳۹
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۴۳/۵۹	۲	۲۱/۸۰	۱۱/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۳۶
کنترل	۶۰/۶۳	۲	۳۰/۳۱	۱۷/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۴۶
تاثیرات معنوی	۱۶/۹۹	۲	۸/۵۰	۸/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۲۹

بحث

می‌دهد. با افزایش شفقت انگیزه‌ی فرد نیز بالا می‌رود و این خود منجر به پذیرش افکار منفی و دستکاری آنها می‌شود. افراد می‌پذیرند که رنج و شکست بخشی از شرایط انسانی است و همه‌ی انسان‌ها مستحق شفقت و مهربانی هستند. در طول درمان مطلع می‌شوند که شرایط زندگی هر شخصی کامل و بدون نقص نیست و هر انسانی در رنج‌هایش تنها نبوده، او نیست که دچار چنین مشکلاتی هست در نتیجه مشکلات شامل همه‌ی انسان‌ها است این درمان بیان می‌کند در افرادی که با مشکلات روان‌شناختی درگیر هستند، سیستم تهدید و محافظت از خود، به نوعی پرکاری شدید دچار است. از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد سطح رشد یافتگی پایین‌تری دارد. درمان متمرکز بر شفقت برای این افراد مانند کار با ذهن عمل می‌کند یعنی با تحریک سیستم تسکین بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم تاب‌آوری در برابر مشکلات را بالا می‌برد و در نهایت منجر به بهبود تاب‌آوری می‌گردد به دیگر سخن، شفقت خود نه تنها توانایی نگهداری و حفظ احساسات جریحه‌دار و فشارزا را دارد، بلکه توانایی روبرو شدن با شرایط سخت را نیز فراهم می‌سازد و با آغوشی گرم به استقبال مسائل و رویدادهای فشارزا می‌رود. بنابراین باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر و یافته‌های پژوهش‌های همسو در این زمینه می‌توان نتیجه گرفت درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری دانش آموزان دختر با اقدام به خودکشی موثر است.

همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌هایی دیگر از جمله Mehdi Qoli و همکاران، Soltani و همکاران، Cannoli Zabat و همکاران، Westmccott and Edmundston، Borumand Rod در زمینه اثر بخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری همسو می‌باشد. ۲۹-۳۳.

در تبیین چگونگی اثربخشی روش درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری می‌توان گفت حالت فراگیر عاطفه‌ی منفی و آسیب‌های دلبستگی، عدم‌توجه به نیازها و خواسته‌ی درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربه‌ی هیجانی نامناسب منجر به ایجاد مشکلاتی برای فرد می‌شود. ۳۴ تاب‌آوری منبعی درون روانی برای تسهیل غلبه بر مشکلات است و می‌تواند مدیریت استرس و دستیابی به آرامش و بهزیستی را در افراد تسهیل سازد. این درمان با به چالش کشیدن افکار فرد و کاهش خطاهای شناختی سعی در تغییر باورها و نگرش‌های

باتوجه به اینکه شیوع گرایش و اقدام به خودکشی در دوران بلوغ به شدت افزایش می‌یابد. ۳۱ به نظر می‌رسد که یکی از ضعف‌های اساسی نظریه بین فردی شناختی و سایر الگوهای بررسی رفتارهای خودکشی، عدم‌توجه به نقش هیجان‌ها و فرآیندهای تنظیم هیجان است. ۳۲ در همین زمینه پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری دانش آموزان دختر با اقدام به خودکشی انجام گردید. نتایج بیانگر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، درمان هیجان‌مدار بر مولفه‌های تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی) است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری دانش آموزان دختر با اقدام به خودکشی موثر است. نتایج آزمون مقایسه زوجی بن فرونی نشان می‌دهد بین مولفه‌های تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی) در گروه‌های مذکور اختلاف معناداری وجود دارد و این تفاوت برای گروه درمان متمرکز بر شفقت بیشتر است که حکایت از اثر بخشی بیشتر آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود مولفه‌های تاب‌آوری دارد. همچنین نتایج این پژوهش در مرحله پیگیری نیز نشان‌دهنده تداوم اثر مداخله درمانی پس از آموزش بود. نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های پژوهش‌هایی دیگر از جمله Eftekhari و همکاران، Ahmadi و همکاران، Martin and Dahlin، McLean and Hollis، Abedini و همکاران در زمینه اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری می‌باشد. ۳۳-۳۷

در تبیین چگونگی اثربخشی روش درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری می‌توان گفت یکی از عوامل مطرح در خودکشی تاب‌آوری است. تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک بیان شده است. ۳۸ و به‌طورکلی درمان مبتنی بر شفقت، با تقویت و ایجاد شفقت در فرد از طریق آرایه تکنیک‌های شفقت‌ورزی، شناسایی افکار خود مهرورزی و همچنین بر طرف‌سازی موانع خود شفقت‌ورزی، فرد را در برابر حالات منفی محافظت می‌کند و حالات هیجانی مثبت را تقویت و افزایش

این راستا Behvandi و همکاران^{۱۲} در پژوهش خود نشان دادند درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت، درمانی قابل‌استفاده برای کاهش عدم‌تحمل بلا تکلیفی افراد مبتلا به سردرد اولیه و درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر شفقت به یک اندازه جهت کاهش کمال‌گرایی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه مناسب هستند. در تبیین اثربخشی بیشتر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری می‌توان گفت باتوجه به اینکه سازه شفقت به خود بسیاری از جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابله هیجان‌محور باشد، در واقع افراد در این مدل ابتدا با استفاده از ذهن‌آگاهی، تجربه هیجانی خود را می‌شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند. وجود نگرش مشفقانه در افراد به آنها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و عدم‌سازگاری با شرایط موجود غلبه نمایند.

بنابراین، افرادی که مهارت‌های شفقت‌ورزی را دریافت می‌کنند در تجربه وقایع ناخوشایند مثل پرخاشگری در روابط بین فردی احساسات منفی کمتر و بخشودگی بیشتری را تجربه می‌کنند و تحمل ابهام بالاتری دارند. در نتیجه می‌توان گفت که فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود یک امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند در نتیجه زمانی که افراد نسبت به دیگران مشفقانه رفتار می‌کنند یا دیگران نسبت به آنان مشفقانه رفتار می‌کنند، اکسی‌توسین در بدن ترشح می‌شود و افزایش سطح اکسی‌توسین، احساس اعتماد، امنیت و ارتباط اجتماعی را بالا می‌برد افرادی که خود شفقتی بالاتری دارند، مهارت‌های مقابله هیجانی بیشتری گزارش می‌کنند، همچنین در ایجاد تمایز میان احساسات و بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی توانمندتر هستند بنابراین فعال‌سازی عمده سامانه شفقت می‌تواند شجاعت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی لازم برای مواجهه با چالش‌های زندگی را فراهم کرده و گامی در جهت زندگی معنادار و شاد باشد.

از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به استفاده از ابزار خودسنجی، محدود بودن بازه زمانی دوره پیگیری یک ماهه و اجرای نمونه‌ی این پژوهش بر روی دانش‌آموزان دختر با سابقه اقدام به خودکشی اشاره داشت.

فرد را دارد، همچنین ممکن است با افزایش فعالیت‌های لذتبخش و تاثیر بر گستره و کیفیت روابط و از آن طریق تاثیر بر حمایت اجتماعی می‌تواند موجب سازگاری آنان با مشکلات شود. همچنین افراد با استفاده درست از هیجان‌ها، آگاهی از هیجان‌ها و پذیرش آنها و ابراز هیجان‌ها به ویژه هیجان‌های مثبت در موقعیت‌های زندگی احساسات منفی خویش را کاهش دهند. همچنین هیجان‌ها به فرد فرصتی می‌دهد تا احساسات خویش را نسبت به هر چیزی بروز دهد و این ابراز هیجانی، رابطی بین تجارب درونی و دنیای بیرونی است که با شناخت، تعامل دو سویه دارد و به افراد در ارزشیابی موقعیت‌هایی که به ارزش‌ها، نیازها، هدف یا علائق شخصی مربوط می‌شود، کمک می‌کند. از این رو در طی درمان، برای بهبود رهایی فرد از مشکلات باید چرخه‌ی تعاملی معیوب، صدمات دلبستگی و هیجانات مشکل‌آفرین را شناسایی کرد و اقدامات درمانی مناسبی جهت تصحیح این موارد، صورت داد. بازپردازش الگوهای تعاملی هیجانی، فرد را قادر می‌سازد که تجارب جدیدی از خود و دیگری فراهم سازند و به شیوه کاملاً متفاوت عمل کنند.

افرادی که از درمان هیجان‌مدار برخوردار بوده‌اند، با یادگیری واگویی هیجانات، می‌توانند هیجانات خود را شناسایی و توصیف کنند و در هنگام مواجهه با شرایط و موقعیت‌های استرس‌زای زندگی نیز هیجانات خود را تشخیص دهند و بهتر قادر باشند با واقعیت‌ها کنار آیند.

در این صورت قادر خواهند بود هیجانات را بهتر مدیریت کنند. چون هیجانات نقش مهمی در زندگی افراد ایفا می‌کنند، درمان هیجان‌مدار به‌عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات باعث برخورد موثر با موقعیت‌های استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد، بنابراین، درمان هیجان‌مدار می‌تواند با آگاه کردن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها نقش مهمی در تاب‌آوری داشته باشد باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر و یافته‌های پژوهش‌های همسو در این زمینه نیز می‌توان نتیجه گرفت رویکرد هیجان‌مدار بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر با اقدام به خودکشی موثر است.

در بررسی پیشینه، مطالعه‌ای یافت نشد که به بررسی مقایسه‌ای تاثیر دو درمان هیجان‌مدار و آموزش شفقت به خود بر تاب‌آوری بپردازد. بنابراین، تحلیل نتایج با محدودیت همراه است. در

متوسطه" در مقطع دکتری در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ با کد پایان نامه ۱۳۳۲۴۸۴۰۰۵۲۲۰۴۹۵۲۰۰۲۹۱۶۲۷۰۰۸۸۴ که با حمایت دانشگاه علوم و تحقیقات تهران است اجرا شده است.

سیاسگزاری، این مقاله حاصل پایان نامه/طرح تحقیقاتی تحت عنوان "مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان مدار برتاب آوری دانش آموزان دختر با اقدام به خود کشی مقطع

References

- Mahdiyar M, Nejati S F, Goodarzi M A. [Predicting Resilience to Suicide based on Emotion Dysregulation and Parenting Styles]. *FPJ* 2016; 2 (1):15-25. (Persian).URL: <http://fpcej.ir/article-1-114-fa.html>.
- ValadMomen P. [Investigating the simple and moderating relationship between hopelessness and family functioning with suicidal thoughts in first grade high school students in Ahvaz city]. Master's thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz 2013. (Persian).
- Pan, Y. J., Juang, K. D., Lu, S. R., Chen, S. P., Wang, Y. F., Fuh, J. L., & Wang, S. J. Longitudinal risk factors for suicidal thoughts in depressed and non-depressed young adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2017; 51(9): 930-937.
- Nam B, Wilcox HC, Hilimire M & DeVlyder JE. Perceived need for care and mental health service utilization among college students with suicidal ideation, *Journal of American College Health* 2018; 66:8:713-719.
- Goli M, Firozeh F, Ahmadi S.. [Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Women of Isfahan 2008]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2012; 20 (3):63-70. (Persian).URL: <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-781>.
- Masten, A. S. & Cohornen A. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychology* 2001; 56(3):227-238.
- Greenberg, L. J., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M. Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology* 2008; 55(2): 185-196.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality* 2007; 41(1):139-154.
- Gilbert P. Introducing Compassion-Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 2009;15(3):199-208.
- MirMoeini P, Bayazi M H, Khalatbari J. [Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Compassion Focused Therapy on loneliness in patients with Multiple Sclerosis]. *yafte* 2021; 22 (4):132-145. (Persian).URL: <http://yaftelums.ac.ir/article-1-3050-fa.html>
- Khayatan S, Aghaei A, Abedi M, Golparvar M. [Comparison of Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy with Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on depression and glycosylated hemoglobin in female with type II diabetes]. *Journal of Health Promotion Management* 2021; 10 (6):127-140. (Persian).
- behvandi, N., khayatan, F., gol parvar, M. [Comparing the Effectiveness of Compassionate Emotion-Based Integrated Therapy With Compassion Focused Therapy on Perfectionism and Intolerance of Uncertainty Irrational Beliefs in Patients With Early Headache Symptoms]. *Psychological Methods and Models* 2021; 12(43): 114-130jpm.2021.4727. (Persian).
- Mohammadi, M., Rezaeisharif, A., Sheykhoslamy, A., Ghamarigivi, H. [Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused and Emotion-Oriented Treatments on Psychological Marital Problems of Veterans' Wives]. *The Women and Families Cultural-Educational* 2022; 17(61): 35-58. (Persian).
- Teymori Z, Mojtabaei M, Rezazadeh S M R. [Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy and Self-compassion-based Therapy On Emotion Regulation In Women Affected by Infidelity]. *Journal title* 2021; 30(2):130-143. (Persian). URL: <http://journal.gums.ac.ir/article-1-2376-fa.html>
- Delavar A. [Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences]. in Tehran: *Roshd Publications* 2015 <http://www.roshdpress.ir>.
- Mohammadi M, Jazayeri A, Rafiei AH, Jokar B, Porshahbaz A. Investigating the factors affecting resilience in people at risk of substance abuse. Tehran: *University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences* 2005.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*.2003; 18(2): 76-82.
- Gilbert P. Introducing Compassion-Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 2009;15(3):199-208.
- Tirch D, Schoendorff B, Silberstein LR. The ACT Practitioner's Guide to The Science of Compassion: Tools for Fostering Psychological Flexibility. *New Harbinger Publications* 2014.
- Greenberg LS. Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice* 2004;11(1):3-16.
- Ziaei, R., Viitasara, E., Soares, J., Sadeghi-Bazarghani, H., Dastgiri, S., Zeinalzadeh, A. H., & Mohammadi, R. Suicidal ideation and its correlates among high school students in Iran: a cross-sectional study. *BMC psychiatry* 2017;17(1):1-7.
- Hasani J, Miraghaie A M. The relationship between strategies for cognitive regulation of emotions and suicidal ideation. *Contemporary psychology* 2012;7(1 (13)):61-72. Available from: <https://sid.ir/paper/120195/en>.
- Eftekhari, R., Heidari, H., Davoudi, H. [The effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Alexithymia, Individual-Social Adjustment and Resilience of women exposed to divorce]. *medical journal of mashhad university of medical sciences* 2020; 63(3): 2402-2413. (Persian).
- Ahmadi R, Sajjadian I, Jaffari F. The effectiveness of compassion-focused therapy on anxiety, depression and suicidal thoughts in women with vitiligo. *Journal of Dermatology and Cosmetic* 2019;10(1):18-29.
- Martin, R., & Dahlen, E. R. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*. 2005; 39: 1249-1260.
- McLean LM, Hales S. Childhood trauma, attachment style, and a couple's experience of terminal cancer: Case study. *Palliat Support Care* 2018; 8(2): 227-233
- Abedini M, Latifi Z, Soltanzadeh M. Effectiveness of ACT Enriched with Compassion in Increasing Resilience and Self-efficacy of Patients with Spinal Cord Injury. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2020;18(3):310-9.
- Goli M, Firozeh F, Ahmadi S. Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Women of Isfahan 2008. *Sci J Ilam Uni Med Sci* 2012;20(3):63-70.
- Mehdigholi, M., Dokaneifard, F., Jahangir, P. [The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on marital burnout and resilience of young couples]. *Journal of Applied Family Therapy* 2023; 4(2): 47-59. (Persian).
- Soltani M, Shairi MR, Roshan R, Rahimi CR. The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *International journal of fertility & sterility* 2014;7(4):337.
- Connolly-Zubot, A., Timulak, L., Hession, N., & Coleman, N.

- Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2020;50(2), 113-122.
32. Westmacott R, Edmondstone C. Working with transgender and gender diverse clients in emotion focused therapy: Targeting minority stress. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 2020;19(4):331-49.
 33. Boroumandrad SM. The effectiveness of emotion-focused therapy on promoting mental health and resilience of women affected by infidelity. *Scientific Journal of Social Psychology* 2020;8(56):111-22.
 34. Paivio SC, Jarry JL, Chagigiorgis H, Hall I, Ralston M. Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy research* 2010;20(3):353-66.

Comparing the effectiveness of compassion-focused treatment and emotion-focused treatment of female students with suicide attempts in high school

Abstract

Received: 09 April 2024 Revised: 16 April 2024 Accepted: 14 May 2024 Available online: 21 May 2023

Fatemeh Parsa Ph.D Student.¹
Fariborz Bagheri M.D.^{1*}
Hossein Mahdian M.D.²

1- Department of Psychology,
Research Sciences Unit, Islamic
Azad University, Tehran, Iran.

2- Department of Psychology,
Bojnord Branch, Islamic Azad
University, Bojnord, Iran.

Background: Considering the significant increase in suicidal tendencies and attempts during puberty, this study aims to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy compared to emotion-focused therapy in increasing the resilience of female students who attempted suicide in the past has been evaluated.

Methods: semi-experimental research was used with a pre-test and post-test design. The target population was female students of the first and second grade of high school who attempted suicide and referred to the counseling center of the General Directorate of Education, and the research was conducted from the time of data collection to the time of implementation from May 2022 to June 2023 was conducted in the counseling center under the supervision of the science and research department of Islamic Azad University, Tehran branch, was conducted and the available sampling method was selected and randomly and a total of 30 people were divided into two experimental groups (15 people) and control groups (15 people). First, Connor and Davidson's resilience questionnaire (2003) was taken from all three groups. The experimental group underwent eight 90-minute sessions of emotion-focused compassion therapy, while the control group received no intervention. After the end of the treatment sessions, the resilience questionnaire of Connor and Davidson (2003) was administered again and repeated after one month of follow-up. The collected data were analyzed using statistical tests (multivariate analysis of covariance and analysis of variance).

Results: The results obtained from the data analysis showed a significant difference in the pre-test, post-test and follow-up resilience averages in the three groups. Resilience scores for the experimental groups were significant at $P < 0.05$, which indicates a significant difference. Additionally, the compassion-focused therapy group showed greater improvements in resilience compared to the emotion-focused group.

Conclusion: These findings confirm the positive effect of both types of treatment on the resilience of female students who have previously attempted suicide, and compassion-focused therapy was more effective than emotion-focused therapy.

Keywords: emotion-focused therapy, resilience, suicide.

* Corresponding author: Department of Psychology, Research Sciences Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Tel: +98-21-86096814
E-mail: f.bagheri@srbiau.ac.ir