



Comparison of the efficacy of compassion-focused therapy and emotion- oriented therapy on alexithymia in adolescent girls with psychosomatic problems

Elham Izadi¹, Mahmoud Jajarmi², Abolfazl Bakhshipour³

1. Ph.D Candidate in Counseling, Department of Counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran. E-mail: elham.izad98@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran. E-mail: mahmoud.jajarmi@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran. E-mail: Ab8boj@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 10 October 2024

Received in revised form 05 November 2024

Accepted 12 December 2024

Published Online 22 June 2025

Keywords:

compassion-focused therapy, emotion-oriented therapy, alexithymia, adolescent girls, psychosomatic problems

ABSTRACT

Background: One of the types of disorders that may arise as a result of suppressing emotions for adolescents is psychosomatic disorders. Considering the role of emotions in the occurrence of emotional alexithymia and the aggravation of psychosomatic disorders, it seems that including effective treatments for it is compassion-focused therapy and emotion-oriented therapy. There is a research gap regarding the comparison of the efficacy of compassion-focused therapy and emotion-oriented therapy on alexithymia for adolescents girls with psychosomatic problems.

Aims: The purpose of this research was to compare the efficacy of compassion-focused therapy and emotion-oriented therapy on emotional alexithymia of adolescent girls with psychosomatic problems in Mashhad.

Methods: The method of this research was a semi-experimental pretest-posttest type with a control group and a one-month follow-up. The statistical population of the research included all female students aged 15 to 18 years old with psychosomatic problems who were studying in the second period high school in the 3rd district of Mashhad in the academic year of 2023-2024 (250 people), of which 45 people were selected by purposeful sampling method and were randomly placed in two experimental groups (compassion-focused therapy and emotion-oriented therapy) and control group (15 people in each group). The data collection tools in the research included the Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994). The first experimental group received 8 90-minute sessions of compassion-focused therapy (Gilbert, 2010) and the second experimental group received 8 90-minute sessions of emotion-oriented therapy (Greenberg, 2011). Analysis of variance with repeated measurements and SPSS-26 software were used for data analysis.

Results: The results showed that treatments compassion-focused and emotion- oriented on alexithymia of adolescent girls with psychosomatic symptoms were effective ($P < 0.001$). The results of Benferroni's post hoc tests also showed that both types of treatment have the same efficacy on the alexithymia of adolescent girls with psychosomatic symptoms ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the findings of this research, adolescent therapists and school counselors can use both types of compassion-focused therapy and emotion-oriented therapy to reduce alexithymia in adolescent girls with psychosomatic problems.

Citation: Izadi, E., Jajarmi, M., & Bakhshipour, A. (2025). Comparison of the efficacy of compassion-focused therapy and emotion- oriented therapy on alexithymia in adolescent girls with psychosomatic problems. *Journal of Psychological Science*, 24(148), 211-227. [10.52547/JPS.24.148.211](https://doi.org/10.52547/JPS.24.148.211)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 148, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.148.211](https://doi.org/10.52547/JPS.24.148.211)



✉ **Corresponding Author:** Mahmoud Jajarmi, Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

E-mail: mahmoud.jajarmi@gmail.com, Tel: (+98) 9155842860

Extended Abstract

Introduction

Adolescence is the beginning of physical, psychological, and social changes and affects a person's performance in adulthood (Van Dijk et al., 2016), and it leads to the creation of different needs in this period (Yoon et al., 2023). Suppression of emotions during adolescence causes physical and mental disorders (Daumiller, 2022). During the changes of adolescence, adolescents may show certain emotional and behavioral problems (Teixeira et al., 2022). The term "Psychosomatic" includes a two-way structure of signs; On the one hand, it includes physical symptoms and on the other hand, psychological symptoms (Basyoune et al., 2022). The results of Kocsel et al.'s study (2022) showed that alexithymia is related to physical complaints and pathological behaviors. Alexithymia is characterized by difficulty in recognizing and expressing emotions and difficulty in distinguishing between emotions and physical senses (Bagby et al., 2021). Alexithymia is a multifaceted construct whose characteristic feature is the inability to recognize and verbally describe individual emotions and weakness in symbolic thinking, which limits the expression of feedback, emotions, feelings, and desires (Abbass et al., 2016). Considering the role of emotions in the occurrence of emotional alexithymia and the aggravation of psychosomatic disorders, it seems that one of the effective treatments for them is emotion-oriented therapy (Rahmannezhad Sarabi & Jafari, 2023). Emotion-oriented therapy is effective in improving pain catastrophizing variables, experiential avoidance and cognitive regulation of emotion in chronic pain patients with alexithymia (Homayouni et al., 2022). Another factor related to alexithymia is the lack of Self-compassion which consciously or unconsciously cause a tendency to overlook and ignore unpleasant emotions and feelings caused by experiencing difficult moments in life and also cause physical, psychological and emotional pain (Neff et al., 2021). Self-compassion can be a constructive way to approach distressing thoughts and feelings that cause physical and psychological disturbances (Bell et al., 2021). The results of Mahmoodi et al.'s study (2023) showed that the treatment based on compassion was

effective for the alexithymia of mothers with mentally retarded children.

The review of previous studies showed that no research has been conducted in the field of investigating the efficacy of emotion-oriented and compassion-focused treatments on the alexithymia of adolescent girls with psychosomatic problems and comparing their efficacy. Accordingly, this research seeks to answer the basic question, which of the emotion-oriented and compassion-focused treatments is more effective on the alexithymia of adolescent girls with psychosomatic problems?

Method

The method of this research was a semi-experimental pretest-posttest type with a control group and a one-month follow-up. The statistical population of the research included all female students aged 15 to 18 years old with psychosomatic problems who were studying in the second period high school in the 3rd district of Mashhad in the academic year of 2023-2024 (250 people), of which 45 people were selected by purposeful sampling method and were randomly placed in two experimental groups (compassion-focused therapy and emotion-oriented therapy) and control group (15 people in each group). The data collection tools in the research included the Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994). The first experimental group received 8 90-minute sessions of compassion-focused therapy (Gilbert, 2010) and the second experimental group received 8 90-minute sessions of emotion-oriented therapy (Greenberg, 2011). Analysis of variance with repeated measurements and SPSS-26 software were used for data analysis.

Results

In total, 45 adolescent girls studying in the second period high school in the 3rd district of Mashhad participated in this research.

The average age of the participants in the group compassion-focused and the control group was 17 years and the standard deviation was 0.845, and in the emotion-oriented group it was 17.13 and the standard deviation was 0.834. The results of the Wilks's lambda test in the multivariate analysis of variance of the alexithymia variable are presented in Table 1.

Table 1. results of the Wilks's lambda test in the multivariate analysis of variance of the alexithymia variable

source	Sum of Squares	value	F	hypothesis df	error df	P	Eta
Time	Wilks Lambda effect	0.879	148.970	2.000	41.000	0.000	0.879
Time × Group	Wilks Lambda effect	0.771	13.165	4.000	84.000	0.000	0.385

As the results of Table 1 show, the effect of time is significant (F= 148.970, P< 0.001, Eta= 0.88). That is, there is a significant difference between the measures of alexithymia at the pre-test, post-test and follow-up levels. Also, the interaction effect of group and time is significant (F= 13.165, P< 0.001,

eta= 0.38), This means that the average scores of alexithymia are different at different times according to the variable levels of the group. The results of the analysis of variance of repeated measures of alexithymia are shown in Table 2.

Table 2. Results of analysis of variance with repeated measurement of alexithymia

Variable	source	sum of squares	df	mean square	F	P	Eta
alexithymia	Time	2682.548	1.216	2206.623	198.923	0.000	0.826
	Within the Group						
	Time × Group	1229.763	2.431	505.792	45.599	0.000	0.685
	Error	566.356	51.059	11.092			
	Between Groups						
	Group	3197.348	2	1598.674	125.980	0.000	0.857
	Error	532.978	42	12.690			

As can be seen from the data in Table 2, the effect of measurement time on alexithymia scores was significant (P< 0.001), Therefore, it can be said that regardless of the intervention groups, there is a significant difference between the average scores of pre-test, post-test and follow-up, and the effect rate is about 83%. Also, the interaction effect between time and group was also significant (P<0.001), so it can be said that the difference in the average scores of alexithymia at different times is different according to the variable levels of the group, and the effect rate is almost 68%. Also, as seen in Table 5, the effect of the group on alexithymia scores is significant (P< 0.001), Therefore, it can be concluded that regardless of the measurement time, there is a significant difference between the average scores of the intervention and control groups, and the effect rate was about 86%.

Conclusion

The purpose of this research was to compare the efficacy of compassion-focused therapy and emotion-oriented therapy on emotional alexithymia of adolescent girls with psychosomatic problems in Mashhad. The first finding of the research showed that emotion-oriented therapy was effective on alexithymia of adolescents with psychosomatic disorders. This finding is with the results of studies by Dana et al. (2023); Farhadi et al. (2024); Rahmannedzhad Sarabi & Jafari (2023); Homayouni et

al. (2022) is consistent. People with emotional dyslexia often suppress their emotions and tend to ignore emotions, especially negative and uncomfortable emotions (Bagby et al., 2021). By working on people's emotions, emotion-oriented therapy helps them to recognize and regulate their emotions and teaches them how to express them effectively instead of suppressing them (Artang & Izadi, 2022). Emotion-oriented therapy, by emphasizing and labeling negative behaviors, thoughts and emotions step by step, identifies people's incompatible emotions and finally tries to change them with its own methods and techniques, hence it can improve people's mood and speech. Another finding of this research showed that compassion-focused therapy is effective on alexithymia.

This finding is with the results of Mahmoodi et al.'s studies (2023); Tajdin et al. (2020) is consistent. In explaining this finding, it can be said that Self-compassion has an effect on alexithymia, which is ignoring an important part of emotions and not understanding them properly. Teaching self-compassion in people can lead to emotional coherence, adaptation of new compromising behaviors and evaluation of positive and negative emotions, and in general, it can moderate alexithymia. Therefore, it can be said that the treatment focused on self-compassion has caused the

participants to overcome problems and identify individual competencies in facing situations, with positive focus and regular planning and evaluating the conditions, mental processes, motivation and self-acceptance.

According to the findings of this research, adolescent therapists and school counselors can use both types of compassion-focused therapy and emotion-oriented therapy to reduce alexithymia in adolescent girls with psychosomatic problems.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of counseling at Islamic Azad University, Bojnourd Branch. In order to maintain ethical principles in this research, it was tried to collect data after obtaining the consent of the participants. Also, the participants were assured about confidentiality in maintaining personal information and presenting the results without specifying the names and characteristics of the individuals.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author of this article as the main researcher, the second author as a supervisor and the third author as a advisors were involved in this research.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: All the students participating in the process of this research are hereby appreciated.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر با مشکلات روان‌تنی

الهام ایزدی^۱، محمود جاجرمی^{۲*}، ابوالفضل بخشی‌پور^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

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

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۱۹

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۸/۱۵

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۲

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۴/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان متمرکز بر شفقت،

درمان هیجان‌مدار،

ناگویی هیجانی،

نوجوانان دختر،

مشکلات روان‌تنی

زمینه: یکی از انواع اختلالاتی که ممکن است در اثر سرکوب هیجانات برای نوجوانان به وجود آید، اختلالات روان‌تنی است. با توجه به نقش هیجانات در بروز ناگویی هیجانی و تشدید اختلالات روان‌تنی، به نظر می‌رسد از جمله درمان‌های مؤثر بر آن، درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار باشد. در مورد مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر با مشکلات روان‌تنی خلا پژوهشی وجود دارد.

هدف: هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر با مشکلات روان‌تنی در شهر مشهد بود.

روش: روش این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله با مشکلات روان‌تنی مشغول به تحصیل در دوره دوم متوسطه ناحیه ۳ آموزش و پرورش شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ (۲۵۰ نفر) بود که ۴۵ نفر از آن‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار) و گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) بود. گروه آزمایش اول در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰) و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان هیجان‌مدار (گرینبرگ، ۲۰۱۱) را دریافت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-26 استفاده شد.

یافته‌ها: نشان داد که درمان‌های متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی دختران نوجوان دارای علائم روان‌تنی اثربخش بودند ($P < 0/001$). نتایج آزمون‌های تعقیبی بنفرونی نیز نشان داد که هر دو نوع درمان، اثربخشی یکسانی بر روی ناگویی هیجانی دختران نوجوان دارای علائم روان‌تنی دارند ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، درمانگران و مشاوران مدارس می‌توانند از هر دو نوع درمان متمرکز بر شفقت و هیجان‌مدار برای کاهش ناگویی هیجانی نوجوانان دختر دارای مشکلات روان‌تنی استفاده کنند.

استناد: ایزدی، الهام؛ جاجرمی، محمود؛ و بخشی‌پور، ابوالفضل (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر با مشکلات روان‌تنی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۸، ۲۱۱-۲۲۷.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۸، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.148.211](https://doi.org/10.52547/JPS.24.148.211)



* نویسنده مسئول: محمود جاجرمی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. رایانامه: mahmoud.Jajarmi@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۵۵۸۴۲۸۶۰

مقدمه

نوجوانی^۱ یکی از مهم‌ترین و ارزشمندترین دوره‌های زندگی انسان به شمار می‌رود (بلک‌مور، ۲۰۱۹). دوره نوجوانی سرآغاز تحولات جسمانی، روانی و اجتماعی است و بر عملکرد فرد در بزرگسالی تأثیرگذار است (ون دایک و همکاران، ۲۰۱۶) و منجر به ایجاد نیازهای متفاوتی در این دوران می‌شود (یون و همکاران، ۲۰۲۳). چالش برای کسب هویت و استقلال و تغییرات هورمونی مکرر که در این دوره رخ می‌دهد، زمینه را برای بروز استرس، مشکلات اضطرابی و هیجانات منفی پردازش نشده برای نوجوانان فراهم می‌کند (جکسون و همکاران، ۲۰۲۱). سرکوب این هیجانات باعث بروز اختلالات جسمانی و روانی می‌شود (دومیلر، ۲۰۲۲).

یکی از انواع اختلالاتی که ممکن است در اثر سرکوب هیجانات برای نوجوانان به وجود آید، اختلالات روان‌تنی^۲ است (تیکسرا و همکاران، ۲۰۲۲). تأثیر عوامل روانشناختی در بروز بیماری‌های جسمانی و روانی انکارناپذیر است. اختلالات روان‌تنی مانند اختلالات گوارشی، زخم معده و اثنی عشر، آگزما و برخی بیماری‌های قلبی-عروقی و روده‌ای نمونه‌های بارزی از این نوع اختلالات هستند (آزادی، ۱۳۹۲). واژه روان‌تنی در بردارنده ساختار دوسویه‌ای از نشانه‌ها است؛ از یک سو شامل علائم بدنی و از سوی دیگر نشانه‌های روانشناختی است (باسیونی و همکاران، ۲۰۲۲). در چند دهه گذشته، تعدادی از بیماران با عنوان اختلال روان‌تنی طبقه‌بندی شده‌اند که مشکلات تشخیصی متمایز در مبتلایان این گروه وجود دارد (ماریناسی و همکاران، ۲۰۲۰). نشانه‌های جسمانی اختلالات روان‌تنی به صورت مشکلات معده-روده‌ای، تهوع و استفراغ، بیماری‌های قلبی-عروقی، مشکلات تنفسی، معضلات اسکلتی-عضلانی، درگیری دستگاه تناسلی-ادراری، پوست و مشکلات دیگر مانند سردرد، سرگیجه، خستگی مفرط، دشواری در حافظه متمرکز، بی‌خوابی و غیره دیده می‌شود که در همه آن‌ها رابطه معناداری بین اختلالات روانشناختی و نشانگان بدنی وجود دارد (فیگوئردو-فراز و همکاران، ۲۰۲۱). اختلالات روان‌تنی، حاکی از آن است که عوامل جسمانی و روانی همزمان هستند و رابطه نزدیکی با یکدیگر دارند (گارسیا پیچز، ۲۰۲۳). هم‌چنین در یک مطالعه مشخص شد، افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی در مقایسه با افراد سالم، آسیب‌های روانی و

هیجانی بیشتری از خود بروز می‌دهند (تیکسرا و همکاران، ۲۰۲۴). از طرف دیگر، ناگویی هیجانی^۳ با شکایات جسمانی و رفتارهای بیمارگونه رابطه دارد (کوکسل و همکاران، ۲۰۲۲). ناگویی هیجانی با مشکل در تشخیص و بیان احساسات و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود (بگبی و همکاران، ۲۰۲۱). ناگویی هیجانی، سازه‌ای چند وجهی است که صفت بارز آن، ناتوانی در بازشناسی و وصف گفتاری هیجان‌های فردی و ضعف در تفکر نمادین است که بروز بازخوردها، هیجانات، احساسات و تمایلات را با محدودیت مواجه می‌کند (عباس و همکاران، ۲۰۱۶). هم‌چنین افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در بازشناسی احساس و هیجان مشکل دارند و فقر شدیدی در تجسم‌سازی دارند که نشان از محدودیت قدرت تخیلی در آن‌ها است (لامار و همکاران، ۲۰۱۴). ناگویی هیجانی، عاملی مهم برای اختلالات جسمانی و روانی در نظر گرفته می‌شود (مایلز و مرلو، ۲۰۲۱)، به ویژه که نشانه‌های ناگویی هیجانی، از عوامل خطر ساز برای بروز اختلالات روان‌تنی هستند (باگبی و همکاران، ۱۹۹۴). هم‌چنین ناگویی هیجانی عمدتاً با احساسات منفی در افراد همراه است که این احساسات منفی افراد را به طور مکرر دچار خستگی‌های مفرط و حالت فقدان انرژی می‌کند (سدرسکا و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از مشکلاتی که مانع ارتباطات مناسب در دوران نوجوانی می‌شود، ناگویی هیجانی است (گیلسپی و همکاران، ۲۰۱۸). به طوری که نوجوانان دچار ناگویی هیجانی، دامنه لغات محدودی برای توصیف هیجانات‌شان دارند (هو و همکاران، ۲۰۱۶)؛ به عبارت دیگر، نوجوانان دچار ناگویی هیجانی به علت ناتوانی در تشخیص احساسات، قادر به ابراز هیجانات خود نیستند (کلپور و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به نقش هیجانات در بروز ناگویی هیجانی و تشدید اختلالات روان‌تنی، به نظر می‌رسد یکی از درمان‌های مؤثر بر آنان، درمان هیجان‌مدار^۴ باشد (رحمن‌نژاد سرابی و جعفری، ۱۴۰۱). رویکرد هیجان‌مدار، یک الگوی درمانی نظام‌مند و کوتاه مدت است که با آموزش روش استفاده از هیجانات در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به تغییر در طرح‌واره‌های هیجانی و سازمان‌دهی آنان در عملکردهای روانشناختی مشکل‌ساز در مراجعان کمک می‌کند (خلیلی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان

3. alexithymia

4. emotion-oriented therapy

1. adolescence

2. psychosomatic disorders

هیجان‌مدار با کار روی هیجانات افراد به آن‌ها در جهت تشخیص و تنظیم هیجانات کمک می‌کند و به آن‌ها می‌آموزد که چطور به جای سرکوب هیجانات‌شان، آن‌ها را به طور مؤثر ابراز کنند (آرتنگ، ۱۴۰۱). درمان هیجان‌مدار در بهبود متغیرهای فاجعه‌آمیز درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی مؤثر است (همایونی و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج پژوهش دانا و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند میانگین ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر را به طور معناداری معنی‌داری کاهش دهد. در مطالعه رحمن‌نژاد سربای و جعفری (۱۴۰۱)، اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان‌تنی مبتلایان به کووید-۱۹ تحت درمان خانگی مورد بررسی قرار گرفت و آن‌ها به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان‌مدار می‌تواند شکایات روان‌تنی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف هیجان‌ها و تفکر عینی را کاهش دهد. همچنین فرهادی و همکاران (۱۴۰۲) نیز در پژوهش روی افراد دارای شکست عاطفی نشان دادند، درمان هیجان‌مدار می‌تواند ناگویی هیجانی را در افراد دارای شکست عاطفی بهبود دهد.

عامل دیگری که در رابطه با ناگویی هیجانی مطرح می‌شود، فقدان شفقت به خود^۱ است که به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه باعث تمایل به چشم‌پوشی و نادیده گرفتن هیجانات و احساسات نامطلوب ناشی از تجربه لحظات دشوار زندگی شده و هم‌چنین موجب درد فیزیکی، روانی و هیجانی می‌شوند (نف و همکاران، ۲۰۲۱). شفقت به خود، می‌تواند روشی سازنده برای نزدیک شدن به افکار و احساسات ناراحت‌کننده باشد که اختلالات جسمانی و روانی ایجاد می‌کند (بل و همکاران، ۲۰۲۱). با ظهور درمان‌های موج سوم، شفقت و شفقت به خود نیز مورد توجه قرار گرفت (فروغی و همکاران، ۱۳۹۸). درمان متمرکز بر شفقت^۲ شامل مؤلفه‌های مهربانی با خود در مقابل قضاوت نسبت به خود، احساسات مشترک انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل بزرگ‌نمایی است (دریسویرنر و همکاران، ۲۰۲۱). در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و در قبال آن احساس شفقت داشته باشند. با آموزش سیستم‌های شفقت به خود که باعث افزایش

انعطاف‌پذیری عاطفی می‌شوند، می‌توان تهدید را خنثی کرد و سیستم مراقبت را فعال کرد، این سیستم مربوط به احساساتی مانند امنیت و دل‌بستگی است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۷). هم‌چنین درمان متمرکز بر شفقت با ایجاد شجاعت برای درگیر شدن با احساسات دشوار، توانایی اساسی برای خودآرام‌سازی را تقویت می‌کند (نوجوان کانمیران و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج مطالعه محمودی و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر ناگویی هیجانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی اثربخش بوده است. نتایج مطالعه تاج‌دین و همکاران (۱۳۹۹) نیز حاکی از آن بود که هر دو مداخله درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی در بهبود ناگویی هیجانی مؤثر واقع شدند. هم‌چنین بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و هر دو مداخله اثربخشی یکسانی داشتند.

مرور مطالعات پیشین نشان داد، در زمینه بررسی اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار و متمرکز بر شفقت بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به مشکلات روان‌تنی و مقایسه اثربخشی آن‌ها، پژوهشی انجام نشده است. از این رو ضروری است با توجه تشدید هیجانات در دوره نوجوانی و نقش آن در بروز اختلالات روان‌تنی و با در نظر داشتن تأثیر ناگویی هیجانی بر اختلالات مختلف مانند افسردگی، وسواس و اضطراب فراگیر (کانگ و همکاران، ۲۰۱۲)، اثربخشی الگوهای درمانی مبتنی بر هیجان مانند درمان هیجان‌مدار که بیشتر با حل و فصل هیجانات سر کار دارند با رویکردهای نوظهوری مانند درمان متمرکز بر شفقت که مبتنی بر شواهد تجربی گسترده است و به طور مستقیم با شناخت و هیجانات افراد سر و کار دارد بر ناگویی هیجانی مقایسه شود. بر همین اساس این پژوهش در پی پاسخ‌گویی به این سؤال اساسی است که کدام یک از درمان‌های هیجان‌مدار و شفقت درمانی بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر با مشکلات روان‌تنی اثربخشی بیشتری دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر با مشکلات

^۱. Self-compassion

^۲. compassion-focused therapy

روان‌تنی مشغول به تحصیل در دوره دوم متوسطه آموزش و پرورش ناحیه ۳ شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. روش نمونه‌گیری پژوهش، هدفمند بود؛ بدین صورت که تمامی مدارس دخترانه دوره دوم متوسطه در ناحیه ۳ شهر مشهد، لیستی تهیه شد که شامل ۱۶ مدرسه بود. سپس از بین آن‌ها با توجه به وجود مشکلات روان‌تنی در دانش‌آموز (بر اساس اذعان نوجوان و پرونده مشاوره‌ای) ۲۵۰ نفر شناسایی شدند و در نهایت، با توجه به این که حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای هر گروه در طرح‌های آزمایشی ۱۵ نفر است (دلاور، ۱۴۰۱) از بین آنان با توجه به ملاک‌های ورودی پژوهش (نمره ۶۰ به بالا در مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو)، تعداد ۴۵ دانش‌آموز انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه درمان متمرکز بر شفقت، درمان هیجان‌مدار و گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار هر کدام در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به ترتیب بر روی گروه‌های آزمایش اول و دوم انجام شد، ولی اعضای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. بعد از پایان جلسات از هر سه گروه، پس از آزمون گرفته شد و بعد از یک ماه در مرحله پیگیری در مورد هر سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه)، آزمون ناگویی هیجانی برگزار شد. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل کسب رضایت آگاهانه، جنسیت دختر، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال، حضور در مدارس دوره دوم متوسطه ناحیه ۳ شهر مشهد، وجود مشکلات روان‌تنی در دانش‌آموز (بر اساس اذعان نوجوان و پرونده مشاوره‌ای)، تشخیص ناگویی هیجانی (کسب نمره ۶۰ به بالا در مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو)، عدم دریافت جلسات روان‌درمانی طی سه ماه گذشته و عدم ابتلا به اختلالات روان‌پریشی به تشخیص روان‌پزشک بود. ملاک‌های خروج نیز شامل بیش از دو غیبت در جلسات مداخله، عدم تمایل به انجام تکالیف و فعالیت در گروه بود.

ب) ابزار

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۱ (TAS): این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی و همکاران مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسش‌نامه یک مقیاس ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر

عینی را شامل می‌شود. هم‌چنین یک نمره کل نیز از جمع نمرات سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود (بگی و همکاران، ۱۹۹۴). هر چه نمره آزمودنی بیشتر باشد، نشان دهنده مشکلات بیشتر در زمینه ناگویی هیجانی است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می‌شود. مقیاس دشواری در تشخیص احساسات (DIF)، توانایی آزمودنی در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات با حس‌های بدنی را ارزیابی می‌کند که شامل سؤالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴ است. مقیاس دشواری در توصیف احساسات (DDF)، توانایی شخص در بیان احساسات و این که آیا آزمودنی قادر است احساسات خود را در قالب لغات بیان کند یا خیر را می‌سنجد که شامل سؤالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷ است. مقیاس تفکر با جهت‌گیری خارجی (EOT) نیز میزان درون‌نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خودش و دیگران را بررسی می‌کند که شامل سؤالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ است. روش نمره‌گذاری مقیاس به شیوه لیکرت است. به پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۱ و به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۵ تعلق می‌گیرد. گویه‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره‌گذاری معکوس دارند. در نمره‌گذاری این مقیاس، نمرات ۶۰ به بالا را به عنوان ناگویی هیجانی بالا و نمرات ۵۲ به پایین را به عنوان ناگویی هیجانی پایین در نظر گرفته‌اند (پارکر و همکاران، ۲۰۰۳). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش بگی و همکاران (۲۰۲۱) ۰/۸۸ گزارش شده است. در نسخه فارسی این مقیاس نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشان دهنده همسازی درونی خوب این مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس نیز روی ۶۷ نفر در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای ناگویی هیجانی کلی و زیرمقیاس‌های سه‌گانه آن تأیید شد (بشارت، ۲۰۰۷). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس مذکور در این پژوهش نیز ۰/۸۳ به دست آمد.

جلسات درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس ساختار جلسات گیلبرت (۲۰۱۰) برای گروه آزمایش اول برگزار شد که شرح جلسات آن در جدول ۱ ارائه شده است. هم‌چنین جلسات درمان هیجان

1. Toronto Alexithymia Scale

مدار در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر مبنای پروتکل گرینبرگ (۲۰۱۱) برای گروه آزمایش دوم برگزار شد که شرح جلسات آن در جدول ۲ آمده است. هم‌چنین لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر، جهت تجزیه و تحلیل

داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-26 استفاده شد.

جدول ۱. فشرده جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰)

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه	تکالیف
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهوم سازی آموزش خودشفقتی	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
دوم	شناخت مؤلفه‌های خود شفقتی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مرور بر خودشفقتی اعضا	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک این که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خود انتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب اعضا به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد "دارای شفقت" یا "بدون شفقت"، شناسایی و کاربرد تمرینات پرورش ذهن شفقت‌آمیز (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرینهای پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلواتزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌انگیز روزانه و ثبت این موارد
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت ورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت‌های کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	به کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه
هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان
هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به اعضا تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات و اجرای پس‌آزمون	ثبت و یادداشت خودشفقتی در چالش‌های روزانه

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار (گرینبرگ، ۲۰۱۱)

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه	تکالیف
اول	آشنایی، معرفی برنامه آموزشی	معرفی و ایجاد رابطه درمانی، پذیرش اعضا و خوشآمدگویی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و رهبر گروه، بیان کلی در مورد اهداف درمان هیجان‌مدار، بیان قوانین گروه؛ اهمیت رعایت نظم و فعال بودن در بحث‌ها و انجام دادن تکالیف و توافق بر سر زمان تشکیل جلسات، تعداد و مدت آن‌ها	تعامل با نوجوانان، توجه به احساسات، هیجانات و رفتارهای خود
دوم	تحلیل و تغییر هیجانات	پذیرش و انعکاس تجربیات (تعاملی و هیجانی) مشترک اعضا، کشف تعاملات مشکل‌دار و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی آشفته ساز، مشخص کردن رابطه پاسخ‌های هیجانی اعضا با سطوح دلبستگی، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی	تمرین سبک پردازش هیجانی و تلاش برای پذیرش احساسات خود
سوم	تحلیل و تغییر هیجانات	ایجاد فضای امن ارتباطی اعضای گروه، کشف و شناسایی احساسات زیربنایی و ابراز نشده، ابراز احساسات و هیجانات خالص، کشف ترس‌ها و نایمنی‌های اساسی در ارتباطات اعضا و کمک به اعضا جهت تجربه مجدد عواطف	تمرین تجربه هیجان‌ها و پذیرش احساسات خود

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه	تکالیف
چهارم	درگیری هیجانی عمیق	شکل‌دهی مجدد چرخه تعاملات، روشن سازی پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین درمانگر و اعضای گروه، پذیرش چرخه تعامل توسط اعضا	تمرین برای ابراز هیجانات و تلاش برای تنظیم هیجانی
پنجم	درگیری هیجانی عمیق	پذیرش احساسات تعریف نشده، شناسایی نیازهای دلبستگی انکار شده هیجانات، تلفیق نیازها با تعاملات، کمک به خودافشایی بیشتر اعضا	تمرین فن کار با صندلی برای هیجان‌ها
ششم	درگیری هیجانی عمیق	گسترش تجربه‌های هیجانی هر یک از اعضا، افزایش پذیرش تجربه‌های اطرافیان، تملک هیجانات، افزایش پذیرش پاسخ‌های تعاملی جدید، هماهنگ نمودن تشخیص درمانگر با اعضای گروه	تمرین برای از بین بردن وقفه‌های هیجان
هفتم	تحکیم و یکپارچه سازی	تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها جهت ساخت مجدد تعاملات بر پایه ادراک‌های جدید تعاملات، تغییر رفتارهای آسیب رسان، بازسازی و تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی و پاسخ به سؤالات اعضای گروه	تمرین رفتار و تجربه احساسات بر اساس بینش تجربه‌ای
هشتم	یکپارچه‌سازی، اجرای پس‌آزمون	تحکیم چرخه ایجاد شده فعلی، پذیرش وضعیت‌های جدید، مرور یادگیری‌های اصلی درمان توسط اعضا؛ بحث در مورد نقطه نظرات مثبت و منفی اجرای طرح آموزشی، راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری روش درمانی در زندگی روزمره، جمع بندی و پاسخ گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات و اجرای پس‌آزمون	تمرین روش‌های آموخته شده و تلاش برای به کارگیری آن‌ها در زندگی

یافته‌ها

در مجموع، ۴۵ دانش‌آموز دختر مشغول به تحصیل در دوره دوم متوسطه در ناحیه ۳ آموزش و پرورش شهر مشهد در این پژوهش مشارکت کردند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه متمرکز بر شفقت و گروه گواه، ۱۷ سال و انحراف معیار ۰/۸۴۵ و در گروه هیجان‌مدار ۱۷/۱۳ و انحراف معیار

۰/۸۳۴ بود. از نظر پایۀ تحصیلی، در گروه متمرکز بر شفقت و گروه گواه، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) پایۀ دهم، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) پایۀ یازدهم و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) پایۀ دوازدهم بودند و در گروه هیجان‌مدار نیز، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در پایۀ دهم، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در پایۀ یازدهم و ۶ نفر (۴۰ درصد) در پایۀ دوازدهم بودند. شاخص‌های توصیفی متغیر اصلی پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات ناگویی هیجانی در سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	سطح	درمان متمرکز بر شفقت		درمان هیجان‌مدار		گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	۶۶/۵۳	۳/۰۹۰۶۹	۶۸/۵۳	۲/۸۲۵	۶۸/۹۳
	پس‌آزمون	۵۲/۳۳	۲/۵۸۱۹۹	۵۲/۴۰	۲/۷۹۷	۶۸/۳۳
	پیگیری	۵۴/۸۰	۳/۱۶۶	۵۵/۶۷	۲/۸۴۵	۶۸/۷۳

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار، میانگین نمرۀ ناگویی هیجانی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته و در سطح پیگیری نسبت به پس‌آزمون افزایش داشته است. در گروه گواه نیز میانگین نمرۀ ناگویی هیجانی در سطوح پس‌آزمون و پیگیری نسبت به سطح پیش‌آزمون تغییر نکرده است.

از آنجایی که در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لازم است ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شود. برای بررسی مفروضۀ نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگراف-اسمیروف استفاده شد که عدم معناداری نتایج این آزمون

برای تمامی متغیرها ($P > ۰/۰۵$)، نشان دهنده نرمال بودن توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش بود. جهت بررسی برابری واریانس گروه‌های مورد مطالعه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد، مقدار F برای متغیر اصلی پژوهش در سطوح پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود ($P > ۰/۰۵$) بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها تأیید شد. هم‌چنین نتایج نشان داد، سطح معنی داری متغیر ناگویی هیجانی در هر سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از ۰/۰۵ بود. این نتیجه نشان دهنده این بود که پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون در حالت مقایسه پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری رعایت شده است. به دلیل این که تمام پیش

فرض‌های پژوهش مورد تأیید قرار گرفت، از آزمون تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس با

اندازه‌گیری مکرر (آماره لامبدای ویلکز) اثر اجرای متغیرهای مستقل بر ناگویی هیجانی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل کواریانس چندمتغیره متغیر ناگویی هیجانی

منبع	ارزش	F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
زمان	اثر لامبدای ویلکز	۱۴۸/۹۷۰	۲/۰۰۰	۴۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۷۹
زمان * گروه	اثر لامبدای ویلکز	۱۳/۱۶۵	۴/۰۰۰	۸۴/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۸۵

همان طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد اثر زمان معنادار است ($F=148/970, P<0/001$)؛ یعنی تفاوت معناداری بین اندازه‌های ناگویی هیجانی در سطوح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. هم‌چنین اثر تعاملی گروه و زمان نیز معنادار است

($F=13/165, P<0/001$)؛ بدین معنی که میانگین نمرات ناگویی هیجانی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه، متفاوت است. نتایج تحلیل کواریانس اندازه‌های مکرر ناگویی هیجانی در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ناگویی هیجانی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	P	مجذور اتا
ناگویی هیجانی	زمان	۲۶۸۲/۵۴۸	۱/۲۱۶	۲۲۰۶/۶۲۳	۱۹۸/۹۳۳	۰/۰۰۰	۰/۸۲۶
	درون گروهی	۱۲۲۹/۷۶۳	۲/۴۳۱	۵۰۵/۷۹۲	۴۵/۵۹۹	۰/۰۰۰	۰/۶۸۵
	خطا	۵۶۶/۳۵۶	۵۱/۰۵۹	۱۱/۰۹۲			
	گروه	۳۱۹۷/۳۴۸	۲	۱۵۹۸/۶۷۴	۱۲۵/۹۸۰	۰/۰۰۰	۰/۸۵۷
بین گروهی	خطا	۵۳۲/۹۷۸	۴۲	۱۲/۶۹۰			

همان گونه که داده‌های جدول ۵ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات ناگویی هیجانی معنادار بود ($P<0/001$)، بنابراین می‌توان گفت صرف نظر از گروه‌های مداخله بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد و میزان تأثیر حدود ۸۳ درصد است. هم‌چنین تأثیر تعاملی بین زمان و گروه نیز معنی دار بود ($P<0/001$)، بنابراین می‌توان گفت که تفاوت میانگین نمرات ناگویی هیجانی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه، متفاوت است و میزان تأثیر

تقریباً ۶۸ درصد است. هم‌چنین همان طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تأثیر گروه نیز بر نمرات ناگویی هیجانی معنادار است ($P<0/001$)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات گروه‌های مداخله و گواه تفاوت معناداری وجود دارد و میزان تأثیر حدود ۸۶ درصد بود. نتایج تصحیح بنفرونی متغیر ناگویی هیجانی به تفکیک زمان و گروه در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. تصحیح بنفرونی متغیر ناگویی هیجانی به تفکیک زمان و گروه

گروه	اختلاف میانگین	سطح معناداری	زمان		اختلاف میانگین	سطح معناداری
			(۱)	(۲)		
درمان متمرکز بر شفقت	درمان هیجان‌مدار	-۰/۹۷۸	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۰/۳۱۱	۰/۰۰۰
درمان متمرکز بر شفقت	گواه	-۱۰/۷۷۸	پیش‌آزمون	پیگیری	۸/۲۶۷	۰/۰۰۰
درمان هیجان‌مدار	گواه	-۹/۸۰۰	پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۰۴۴	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، با مقایسه سه گروه مشخص شد که بین گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار در زمینه ناگویی هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما بین دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد و با بررسی زمان اندازه‌گیری بین سه سطح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دو به دو وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر دارای مشکلات روان‌تنی انجام شد. اولین یافته این پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی نوجوانان مبتلا به اختلالات روان‌تنی مؤثر بود. این یافته با نتایج مطالعات دانا و همکاران (۲۰۲۳)؛ فرهادی (۱۴۰۲)؛ رحمن‌نژاد سرابی و جعفری (۱۴۰۱)؛ همایونی و همکاران (۱۴۰۱) همسو است. دوره نوجوانی، یکی از بحرانی‌ترین مراحل رشدی است زیرا در این مرحله، رشد جسمی از رشد روانی بیشتر بوده و جسم بر روان مسلط است. به دلیل حجم بالای تغییرات، ترشح بالای هورمون‌ها و آغاز نقش‌پذیری در این دوران، اغلب نوجوانان با افکار و هیجانات منفی پردازش نشده‌ای مواجه هستند (ون‌دیک و همکاران، ۲۰۱۶). تصویر آینده ترسناک و مبهم، چالش‌های متعدد برای اثبات خود و پذیرش در گروه همسالان، گنجی و سردرگمی برای پذیرش تغییرات فراوان و تعارضات فراوان با بزرگسالان برای رسیدن به استقلال باعث می‌شود تا نوجوانان بیشتر به پریشانی و سردرگمی دچار شده و ناگویی هیجانی بیشتری را تجربه کنند (شارکی و همکاران، ۲۰۱۹). از طرفی، یکی از اصلی‌ترین ویژگی‌های ناگویی هیجانی اختلال عملکرد در آگاهی هیجانی است (گورلیچ، ۲۰۱۸)، این افراد اغلب هیجانات خود را سرکوب کرده و بیشتر تمایل به نادیده گرفتن هیجانات، به خصوص هیجانات ناراحت‌کننده و با بار منفی از قبیل احساس گناه، ناراحتی، احساس سرخوردگی یا ناامیدی، خشم، خود سرزنشی و کم ارزش دانستن خود، را دارند (بگبی و همکاران، ۲۰۲۱). درمان هیجان‌مدار با کار روی هیجانات افراد به آن‌ها در جهت تشخیص و تنظیم هیجانات کمک می‌کند و به آن‌ها می‌آموزد که چطور به جای سرکوب هیجانات‌شان، آن‌ها را به طور مؤثر ابراز کنند (آرتنگ و ایزدی، ۱۴۰۱). هم‌چنین مطالعه همایونی و همکاران

(۱۴۰۱) نشان داد، درمان هیجان‌مدار در بهبود متغیرهای فاجعه‌آمیز درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی مؤثر است (همایونی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان هیجان‌مدار، با تأکید و نشانه‌گذاری بر رفتارها، افکار و هیجانات منفی به صورت مرحله به مرحله، هیجانات ناسازگار افراد را شناسایی می‌کند و در نهایت با روش‌ها و فنون خود سعی در تغییر آن‌ها دارد، از این رو می‌تواند در بهبود خلق افراد و ناگویی هیجانی به افراد کمک کند. در طول جلسات درمان هیجان‌مدار، درمانگر با همدلی با مراجعان یا اعضای گروه، باعث روی کار آمدن هیجانات بیان نشده و فروخورده می‌شود و به تخلیه و تنظیم آن هیجانات کمک کرده و این امر زمینه را برای تعدیل هیجانی فراهم می‌کند. درمان هیجان‌مدار با پذیرش هیجان و تجربیات عاطفی در دسترس و پردازش مجدد واکنش‌های عاطفی در کاهش ناگویی هیجانی مؤثر بوده و ساختارهای جدید هیجان و پردازش آن و توجه به احساسات به افراد کمک می‌کند تا به سمت وضع جدید در رابطه با دیگران منجر شود، درمان هیجان‌مدار به افراد از طریق ترمیم دلبستگی، تنظیم هیجانی و بهبود چرخه تعاملی منفی کمک می‌کند (جانسون، ۲۰۱۸). این درمان به افراد کمک می‌کند تا در موقعیت‌های مختلف هیجانات سرکوب شده خود را شناسایی و نام‌گذاری کرده و در نتیجه آن، ابراز و به رسمیت شناختن این هیجانات در موقعیت‌های مختلف را بهبود دهند (تیمولک و همکاران، ۲۰۱۷) و به نظر می‌رسد این امر در نهایت بتواند سبب افزایش تنظیم شناختی هیجانات و کاهش ناگویی هیجانی شود.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر ناگویی هیجانی مؤثر است. این یافته با نتایج مطالعات محمودی و همکاران (۱۴۰۲)؛ تاج‌دین و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، خود شفقت ورزی بر ناگویی هیجانی که همان نادیده گرفتن بخش مهمی از هیجانات و عدم درک درست آن‌ها از جانب فرد است، تأثیرگذار است. هم‌چنین خود شفقتی بر ایجاد برخی ویژگی‌های مثبت چون ادراک معقول از خود، صبر و بردباری و تعادل هیجانی در طول تجربه‌های دشوار، تمرکز دارد و از اثرات منفی این تجربیات پیشگیری می‌کند. افراد با میزان خود شفقتی بالا، با رنج‌های خود در ارتباط هستند، بدون آن که از آن‌ها اجتناب کنند و یا ارتباط‌شان با آن‌ها قطع شود و تمایل به رفع این درد و رنج با مهربانی و تحلیل، درک بدون قضاوت درباره

دردها، بی‌کفایتی‌ها و شکست‌ها داشته باشند (دریسورنر و همکاران، ۲۰۲۱). آموزش خود شفقتی در افراد می‌تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای سازشی جدید و ارزیابی هیجان‌ات مثبت و منفی شود و در کل ناگویی هیجانی را تعدیل نماید؛ بنابراین، می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت خود سبب شده است شرکت‌کنندگان با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی‌های فردی در رویارویی با موقعیت‌ها، با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی شرایط، فرایندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، بتوانند تا احساساتشان مناسب ابراز شده و سطح سلامت و انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند.

از سوی دیگر، به نظر می‌رسد معنی‌داری هم‌زمان و عدم تفاوت معنی‌دار درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی در این پژوهش می‌تواند به این دلیل باشد که هر دو رویکرد جزء راهبردهای هیجان‌محور هستند. درمان متمرکز بر شفقت از طریق ارتقای آگاهی فرد نسبت به هیجان‌های منفی و مثبت، پذیرش احساسات و به وجود آوردن تعادل احساسی کمک می‌کند تا فرد به تنظیم هیجانی و بهبود ناگویی هیجانی برسد (کارونا و همکاران، ۲۰۲۲) و درمان هیجان‌مدار نیز از طریق آگاهی، فراخوانی، کشف و بازسازی هیجانی، ترمیم الگوی تعاملی هیجانی که از کودکی شکل گرفته است و برون‌ریزی هیجانی سبب می‌شود تا افراد از هیجان‌ات خود و دلیل به وجود آمدن آن‌ها به آگاهی رسیده و کمتر از هیجان‌ات منفی خود اجتناب کنند (گرینمن و جانسون، ۲۰۲۲). به همین دلیل هر دو رویکرد به بازسازی، ترمیم و تنظیم هیجان می‌پردازند و از این طریق ناگویی هیجانی را در نوجوانان دختر دارای علائم روان‌تنی کاهش داده ولی به دلیل ماهیت ترمیم و اصلاح هیجانی، هر دو رویکرد تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند.

این پژوهش همچون سایر مطالعات با محدودیت‌هایی مواجه بود. به دلیل این که این پژوهش بر روی دختران نوجوان دارای علائم روان‌تنی در شهر مشهد صورت گرفت، می‌بایست به دلیل تفاوت‌های قومی، فرهنگی و اجتماعی در تعمیم نتایج به دختران نوجوان در سایر مناطق جغرافیایی احتیاط شود. یکی دیگر از محدودیت‌ها، استفاده از ابزارهای خود

گزارش‌دهی مانند پرسشنامه بود. این ابزارها دارای محدودیت‌های متعددی از قبیل خطای اندازه‌گیری و عدم خویشتن‌نگری آزمودنی‌ها هستند. در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود، مطالعات مشابهی بر روی جمعیت‌های متفاوت (سایر دامنه‌های سنی و شهرهای مختلف) صورت گیرد و نتایج در دو جنس مقایسه شود تا نتایج قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشند. هم‌چنین به دلیل کوتاه بودن مرحله پیگیری، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با دوره پیگیری طولانی‌تر انجام شوند تا اثربخشی بلندمدت این شیوه‌های درمانی به طور کامل بررسی شود. با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر درمان‌های متمرکز بر شفقت و هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی جامعی برای بهبود ناگویی هیجانی نوجوانان طراحی و اجرا شود. این برنامه‌ها می‌توانند شامل کارگاه‌های آموزشی و مشاوره‌های فردی باشد تا نوجوانان بتوانند آگاهی خود را در این زمینه ارتقاء دهند. هم‌چنین نوجوان درمان‌گران می‌توانند با استفاده از این دو شیوه درمانی، به بهبود تنظیم هیجانی و کاهش ناگویی هیجانی نوجوانان کمک کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. هم‌چنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول این مقاله به عنوان پژوهشگر اصلی، نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما و نویسنده سوم نیز به عنوان استاد مشاور در این پژوهش نقش داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان هم‌چنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: از تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در فرایند این پژوهش، قدردانی می‌شود.

منابع

آرتنگ، هستی و ایزدی فاطمه (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پردازش اطلاعات هیجانی و تحریف‌های شناختی بین فردی در زنان با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰ (۱)، ۶۰-۷۳.
<https://doi.org/10.52547/rbs.20.1.60>
 آزادی، محمدمهدی (۱۳۹۲). *اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه سمنان.

تاج‌دین، احمدعلی؛ آل‌یاسین، علی؛ حیدری، حسن و داودی حسین (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی بر ناگویی هیجانی در مددجویان مرد زندانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹ (۹۵)، ۱۵۳۲-۱۵۱۹.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-835-fa.html>
 خلیلی، مهدی؛ محمدی، منصوره؛ ساروخانی، فاطمه؛ گنجی‌فر، زهرا و ترناس، غزاله (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی در دانش‌آموزان دختر. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱ (۴۲)، ۱۴-۲۴.

https://journals.iau.ir/article_691656.html
 دلاور، علی (۱۴۰۱). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: انتشارات ویرایش.

رحمن‌نژاد سربابی و مرضیه جعفری، اصغر (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان-تنی مبتلایان به کووید-۱۹ تحت درمان خانگی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۸ (۴)، ۷۱-۸۳.

<https://doi.org/10.22051/psy.2023.40562.2627>
 رضایی، نازیلا؛ سهرابی، احمد و ذوقی پایدار، محمدرضا (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۹ (۴)، ۴۴-۵۵.

<https://doi.org/10.30486/jsrp.2018.545636>
 فروغی، علی‌اکبر؛ خانجانی، سجاد؛ رفیعی، سحر و طاهری، امیرعباس (۱۳۹۸). شفقت به خود: مفهوم‌بندی، تحقیقات و مداخلات (مروری کوتاه). *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۶ (۶)، ۷۷-۸۷.

<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-840-fa.html>
 فرهادی، فرحناز (۱۴۰۲). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در افراد با آسیب شکست عاطفی. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۱۹ (۲۳)، ۱-۱۵.

<http://jnip.ir/article-1-1138-fa.html>

محمودی، جعفر؛ مصباح، ایمان و رضایی شریف، علی (۱۴۰۲). اثربخشی رویکرد مبتنی بر شفقت بر ناگویی هیجانی و احساس انسجام در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. *روانشناسی افراد/استثنایی*، ۱۳ (۵۰)، ۲۵۵-۲۸۶.

<https://doi.org/10.22054/jpe.2023.72796.2557>
 نوجوان‌کامیران، نصرت؛ سلیمانی، اسماعیل و عیسی زادگان علی (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر سبک زندگی و پردازش هیجانی معتادان در مرحله بازتوانی غیردارویی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۹)، ۲۱۴۴-۲۱۲۳.

<https://doi.org/10.52547/JPS.21.119.2123>
 همایونی، سمانه؛ تقوی، محمدرضا؛ گودرزی، محمدعلی و هادیان‌فرد، حبیب (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۰۹)، ۱-۱۸.

<https://doi.org/10.52547/JPS.21.109.1>

References

- Abbass, A., Bernier, D., Kisely, S., Town, J., & Johansson, R. (2015). Sustained reduction in health care costs after adjunctive treatment of graded intensive short-term dynamic psychotherapy in patients with psychotic disorders. *Psychiatry research*, 228(3), 538-543.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.056>
 Artang, H., & Izadi, F. (2022). The effectiveness of emotional focused therapy on emotional information processing and interpersonal cognitive distortions among women with somatic symptoms of Isfahan. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 20(1), 60-73. [Persian]
<https://doi.org/10.52547/rbs.20.1.60>
 Azadi, M.M (2013). *The effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-management of patients with type 2 diabetes*. Master's thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Semnan University. [Persian]
 Bagby, R. M., Parker, J. D., Onno, K. A., Mortezaei, A., & Taylor, G. J. (2021). Development and psychometric evaluation of an informant form of the 20-item Toronto alexithymia scale. *Journal of psychosomatic research*, 141, 110329.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110329>
 Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*,

- 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Basyoune, M. M. M., Gamal, S. A., & Mustafa, M. W. (2022). Psychosomatic Disorders Stud Caused by Psychological Stress on Eenal Failure Patients. *Journal of Environmental Science*, 51(5), 183-242. <https://doi.org/10.21608/jes.2022.118526.1170>
- Bell, T., Montague, J., Elander, J., & Gilbert, P. (2020). "A definite feel-it moment": Embodiment, externalisation and emotion during chair-work in compassion-focused therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(1), 143-153. <https://doi.org/10.1002/capr.12248>
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*, 101(1), 209-220. <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
- Blakemore, S. J. (2019). Adolescence and mental health. *The lancet*, 393(10185), 2030-2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- Carona, C., Xavier, S., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2022). Self-compassion and complete perinatal mental health in women at high risk for postpartum depression: The mediating role of emotion regulation difficulties. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(2), 561-574. <https://doi.org/10.1111/papt.12388>
- Dana, M., Arshadi, F. K., Hassani, F., & Mohammadkhani, P. (2023). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Rumination, Alexithymia, and Sleep Quality in Woman with Irritable Bowel Syndrome. *Psychology of Woman Journal*, 4(2), 49-61. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.4.2.7>
- Daumiller, M., Rinas, R., & Breithecker, J. (2022). Elite athletes' achievement goals, burnout levels, psychosomatic stress symptoms, and coping strategies. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20(2), 416-435. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2021.1877326>
- Delavar, A (2022). *Research method in psychology and educational sciences*. Tehran: virayesh Publications.
- Dreisoerner, A., Junker, N.M., van Dick, R. (2021). The relationship among the components of selfcompassion: A pilot study using a compassionate writing intervention to enhance self-kindness, common humanity, and mindfulness. *Journal of Happiness Studies*, (19),1-27. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00217-4>
- Farhadi F. (2024). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Rumination and Alexithymia in People with Emotional Failure. *Journal of Psychology New Ideas*, 19 (23), 1-15. [Persian] <http://jnip.ir/article-1-1138-fa.html>
- Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P. R., Grau-Alberola, E., & Ribeiro do Couto, B. (2021). The mediator role of feelings of guilt in the process of burnout and psychosomatic disorders: A cross-cultural study. *Frontiers in Psychology*, 12, 751211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.751211>
- Foroughi A A, Khanjani S, Rafiee S, Taheri A A. Self-compassion: conceptualization, research, and interventions (Brief review). *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 6 (6), 77-87. [Persian] <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-840-fa.html>
- Garcia Pages, E., Arza, A., Lazaro, J., Puig, C., Castro, T., Ottaviano, M., ... & Garzón-Rey, J. M. (2023). Psychosomatic response to acute emotional stress in healthy students. *Frontiers in physiology*, 13, 960118. <https://doi.org/10.3389/fphys.2022.960118>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International journal of cognitive therapy*, 3(2), 97-112. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
- Gillespie, S. M., Garofalo, C., & Velotti, P. (2018). Emotion regulation, mindfulness, and alexithymia: Specific or general impairments in sexual, violent, and homicide offenders?. *Journal of Criminal Justice*, 58, 56-66. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2018.07.006>
- Goerlich, K. S. (2018). The multifaceted nature of alexithymia—a neuroscientific perspective. *Frontiers in psychology*, 9, 1614. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01614>
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/record/2010-13684-000>
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2022). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current opinion in psychology*, 43, 146-150. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.015>
- Ho, N. S., Wong, M. M., & Lee, T. M. (2016). Neural connectivity of alexithymia: Specific association with major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 193, 362-372. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.057>
- Homayouni S, Taghavi MR, Goodarzi MA, Hadianfard H. (2022). The efficacy of emotion focused therapy on worry and self-criticism in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of*

- Psychological Science*, 21(109):1 -18. [persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.21.109.1>
- Jackson, S. B., Stevenson, K. T., Larson, L. R., Peterson, M. N., & Seekamp, E. (2021). Outdoor activity participation improves adolescents' mental health and well-being during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2506. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052506>
- Johnson, S. M. (2018). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families*. Guilford Publications.
- Khalili M, Mohammadi M, Saroukhani F, Ganjifar Z, Ternas, GH. (2022). The effectiveness of emotion therapy on irrational beliefs and perfectionism in female students. *Journal Consulting Excellence and Psychotherapy*, 42(11), 14 -24. [Persian] https://journals.iau.ir/article_691656.html
- Kliewer, W., Riley, T., Zaharakis, N., Borre, A., Drazdowski, T. K., & Jäggi, L. (2016). Emotion dysregulation, anticipatory cortisol, and substance use in urban adolescents. *Personality and individual differences*, 99, 200-205. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.011>
- Kocsel, N., Köteles, F., Galambos, A., & Kökönyei, G. (2022). The interplay of self-critical rumination and resting heart rate variability on subjective well-being and somatic symptom distress: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 152, 110676. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110676>
- Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & commitment therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management*, 2014. <https://doi.org/10.4236/jssm.2014.73019>
- Mahmoodi, J., Mesbah, I., & rezaeisharif, A. (2023). The Effectiveness of the Compassion-Based Approach on Alexithymia and Sense of Coherence in Mothers with Intellectually Disable Children. *Psychology of Exceptional Individuals*, 13(50), 255-286. [Persian] <https://doi.org/10.22054/jpe.2023.72796.2557>
- Marinaci, T., Carpinelli, L., Venuleo, C., Savarese, G., & Cavallo, P. (2020). Emotional distress, psychosomatic symptoms and their relationship with institutional responses: A survey of Italian frontline medical staff during the Covid-19 pandemic. *Heliyon*, 6(12):e05766. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05766>
- Myles, L. A. M., & Merlo, E. M. (2021). Alexithymia and physical outcomes in psychosomatic subjects: a cross-sectional study. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 8(1), 86-93. <https://doi.org/10.22543/7674.81.P8693>
- Neff, K. D., Bluth, K., Tóth-Király, I., Davidson, O., Knox, M. C., Williamson, Z., & Costigan, A. (2021). Development and validation of the Self-Compassion Scale for Youth. *Journal of personality assessment*, 103(1), 92-105. <https://doi.org/10.1080/00223891.2020.1729774>
- Nojavan Kanmiran N, Soleimani I, Issazadegan A. (2022). The efficacy of compassion therapy intervention on lifestyle and emotional processing of addicts in the non-drug rehabilitation phase. *Journal of Psychological Science*, 21(119), 2123-2144. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.21.119.2123>
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of psychosomatic research*, 55(3), 269-275. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00578-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00578-0)
- Psederska, E., Savov, S., Atanassov, N., & Vassileva, J. (2019). Relationships between alexithymia and psychopathy in heroin dependent individuals. *Frontiers in psychology*, 10, 2269. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02269>
- Rahmannezhad Sarabi, M., & Jafari, A. (2023). The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Psycho -somatic Complaints in Patients of COVID-19 under Home Treatment. *Journal of Psychological Studies*, 18(4), 71-83. [Persian] <https://doi.org/10.22051/psy.2023.40562.2627>
- Rezaei N, Sohrabi A, Zoghi Paydar M R. (2019). The effectiveness of compassion-based therapy on impulsivity, interpersonal sensitivity and self-harm in individuals with borderline personality disorder. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 19 (4): 55-44. [Persian] <https://doi.org/10.30486/jsrp.2018.545636>
- Sharkey, R. J., Bourque, J., Larcher, K., Mišić, B., Zhang, Y., Altinkaya, A., ... & Dagher, A. (2019). Mesolimbic connectivity signatures of impulsivity and BMI in early adolescence. *Appetite*, 132, 25-36. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.09.019>
- Tajdin A, AleYasin A, Heydari H, Davodi H. (2020). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and reality therapy on alexithymia among male prisoner clients. *Journal of Psychological Science*, 19(95), 1519-1532. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-835-fa.html>

- Teixeira, R. J., Brandão, T., & Dores, A. R. (2022). Academic stress, coping, emotion regulation, affect and psychosomatic symptoms in higher education. *Current Psychology*, 41(11), 7618-7627. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01304-z>
- Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E., & Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*, 54(4), 361. <https://psycnet.apa.org/buy/2017-55835-004>
- Van Dijk, M. L., Savelberg, H. H., Verboon, P., Kirschner, P. A., & De Groot, R. H. (2016). Decline in physical activity during adolescence is not associated with changes in mental health. *BMC public health*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2983-3>
- Yoon, Y., Eisenstadt, M., Leraya, S. T., & Deighton, J. (2023). Gender difference in the change of adolescents' mental health and subjective wellbeing trajectories. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(9), 1569-1578. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01961-4>

