



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

اثربخشی درمان هیجان مدار بر کاهش اضطراب و خود شفقت ورزی نوجوانان

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

حسین مینایی

hoseinminaeinia@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۰۳

دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۷

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۲ پیاپی ۱۱ | ۵۱۷-۵۳۰
تابستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(مینایی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

مینایی، حسین. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان مدار بر کاهش اضطراب و خودشفقت ورزی نوجوانان. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۲ پیاپی ۱۱): ۵۱۷-۵۳۰.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر کاهش اضطراب و خود شفقت ورزی نوجوانان ۱۴ تا ۱۹ سال ۱۴۰۰ انجام شد. روش پژوهش: این پژوهش نیمه آزمایشی است و برای جمع‌آوری داده‌ها از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۴ تا ۱۹ سال از دبیرستان دخترانه شهید بهشتی شهر تهران تشکیل دادند که از بین آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان هیجان مدار ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه گواه در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه اضطراب (بک، ۱۹۹۶) و شفقت خود (نف، ۲۰۰۳) بودند که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار spss24 و با استفاده از واریانس اندازه مکرر تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار باعث کاهش اضطراب ($F=21/02, P=0/001$) و افزایش شفقت خود ($F=138/47, P=0/001$) در مرحله پس‌آزمون شده است و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش، درمان هیجان مدار، مداخله مؤثری در کاهش اضطراب و افزایش شفقت خود در دانش‌آموزان است.

واژگان کلیدی: اضطراب، خود شفقت ورزی، درمان هیجان مدار

مقدمه

دوره نوجوانی یکی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی هر انسان است. به‌گونه‌ای که بیشترین تغییرات شخصیت در این دوره شکل می‌گیرد. همچنین یکی از رایج‌ترین اختلالات در این دوره، اختلالات اضطرابی است که میزان شیوع آن در نوجوانان حدود ۵ درصد است (راکین، مک آرتور، کوک، اریچ، ژو و مادینگان، ۲۰۲۱). از نظر سانتروک (۲۰۰۰) اختلالات اضطرابی، اختلالاتی هستند که در آن‌ها بی‌قراری حرکتی، بیش‌فعالی و بیمناکی دیده می‌شود. اضطراب به‌عنوان یک پاسخ سازشی در برابر محرک‌ها در نظر گرفته می‌شود که نبود آن می‌تواند انسان را با خطرهای جدی مواجه کند؛ اما اگر اضطراب از حد متعادلش فراتر برود و تداوم پیدا کند دیگر نمی‌توان آن را سازش یافته نامید؛ بلکه باید آن را درماندگی دانست که با نواقص اجرایی ارتباط دارند و تا بزرگسالی ادامه می‌یابند و می‌تواند عملکردهای مختلف فرد را تحت تأثیر قرار دهد (لیگ و کلارک، ۲۰۱۸). در همین راستا، اضطراب در دوره نوجوانی می‌تواند منجر به ناسازگاری در روابط بین فردی شود. عملکرد اجتماعی یکی از جنبه‌های بسیار مهم دوره نوجوانی است و اضطراب در این دوره ممکن است تأثیر منفی بر تعاملات اجتماعی داشته باشد که به‌طور مثال باعث کاهش پذیرش همسالان، کم بودن و عدم کیفیت ارتباط دوستانه می‌شود (یانگ، ژو، لیو و فان، ۲۰۱۹). مطالعات نشان داده است که نوجوانان مضطرب در مدرسه کمتر مشغول به فعالیت هستند و اضطراب به‌طور مستقیم بر عملکرد و میانگین نمرات آن‌ها تأثیر می‌گذارد (لینچ، مک دوناق و هنسی، ۲۰۲۱). همچنین نوجوانان مضطرب مشکلات روانشناختی بیشتری نسبت به گروه همسالان خود تجربه می‌کنند. به‌گونه‌ای که روند زندگی عادی و عملکرد روزانه آن‌ها را مختل می‌نماید (ویلیامز، کراسک، مینکا و زینرگ، ۲۰۲۱). در همین راستا، کلس، مک کری و کرلیش (۲۰۲۰) بیان می‌کنند که یکی از دلایل شکل‌گیری اضطراب در نوجوانان در نوع برخورد و واکنش‌های والدین به رفتارهای فرزندان می‌باشد؛ بنابراین افرادی که در دوره کودکی بازداری رفتاری و کنترل‌کنندگی بیشتری از سوی والدین دریافت کرده‌اند، آمادگی بیشتری برای اضطراب در دوران بعدی داشته‌اند.

عامل مهمی بعدی در ایجاد اضطراب در نوجوانان که می‌تواند این آمادگی را تحت تأثیر قرار داده و زمینه را برای بروز آن فراهم کند، خود شفقت ورزی است. مبتنی بر این دیدگاه‌ها، چنین تصور می‌شود که شفقت خود^۱ نیز به‌عنوان یک سازه محوری در روابط با همسالان در نوجوانان به شمار می‌آید (خدمتی، ۱۳۹۹). بر اساس تعریف نف (۲۰۰۳) این متغیر از سه مؤلفه تشکیل شده است: مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، حس مشترک انسان در مقابل انزوا و هشیاری در مقابل فزون همانندسازی. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط با یکدیگر، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد. مهربانی با خود، توجه به درک خود به‌جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به این‌که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه مشترک انسانی است. به هشیاری در مقابل همانندسازی فزاینده منجر به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌شود و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک نادیده گرفته نشود و درعین حال نیز مکرراً ذهن را اشغال نکند. افراد در حین تجربه رنج و مقابله با چالش‌های زندگی ممکن است به‌جای آن‌که با هشیاری به تماشای خود بنشینند و از چشم‌انداز بالاتری به تجربه خویش بنگرد که سبب واقع‌بینی و جامع‌بینی آن‌ها شود، خود را به‌طور ناهشیار مورد

1. self-compassion

ارزیابی منفی قرار دهند (نف، ۲۰۱۶). کسانی که نمره بالایی در شفقت خود کسب می‌کنند نمره کمتری در نورو گرایی و افسردگی می‌گیرند و نمره بالاتری در رضایت از زندگی، پیوند اجتماعی^۱، سلامت ذهنی^۲ و سازگاری حاصل می‌کنند (یانگ، زانگ و کو، ۲۰۱۶). شفقت به خود علاوه بر آن که فرد را در مقابل حالت‌های روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد. به‌عنوان مثال شفقت به خود با احساساتی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی و سازگاری مرتبط است (کروزیر، موسویچ و فرگاسون، ۲۰۱۹). همچنین شفقت به خود به ارضای نیازهای اساسی، استقلال عمل^۳، صلاحیت^۴ و نیاز به برقراری ارتباط که بر اساس نظریه دسی و ریان (۲۰۰۰) برای بهزیستی انسان ضروری‌اند، کمک می‌کند (نف، ویتاکر و کارل، ۲۰۱۷). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افرادی با شفقت با خود رفتار می‌کنند از ویژگی‌هایی برخوردارند که در جنبش روان‌شناسی مثبت به‌عنوان توانمندی‌های روان‌شناختی مطرح است مثل شادکامی^۵، خوش‌بینی، کنجکاوی و کنکاش^۶، عواطف مثبت^۷ و نوآوری^۸ (نف، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش دیرن فورث، کاشی، دونلان و لاکاس (۲۰۱۰) نیز نشان داده که قضاوت کردن خود، احساس انزوا و نشخوار ذهنی^۹ افراد با فقدان شفقت خود به‌طور مستقیم به کاهش سلامت روانی می‌انجامد؛ بنابراین با توجه به این نکته که فرد در دوران نوجوانی به میزان قابل توجهی تحت تأثیر ارگان‌های اجتماعی مختلف از جمله خانواده، به‌عنوان اولین و مهم‌ترین نهاد بشری، قرار دارد، لازم است که نقش فاکتورهای عملکردی و غیر عملکردی این نهاد در فائق آمدن نوجوان بر اساسی‌ترین تکالیف تحولی این دوره از جمله خود شفقتی به‌طور دقیق و جزئی مورد بررسی قرار گیرد.

یکی از عواملی که می‌تواند اضطراب را کاهش و خود شفقت ورزی را در نوجوانان بهبود ببخشد، از جمله این مداخلات، می‌توان به آموزش درمان هیجان مدار اشاره کرد. این درمان که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است، ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روانشناختی در افراد دارد. فرایند درمان هیجان محور که به روش فردی اجرا می‌شود با سه مرحله پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی در هشت گام تعیین می‌شود. این سه مرحله باهم همپوشی دارند و در سرتاسر درمان به مراجع به‌عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به‌عنوان راهنما و تسهیل گر برای اهداف مراجع نگریسته می‌شود (زواک و گرینبرگ، ۲۰۲۰). در درمان هیجان محور نظر بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی را سازمان‌دهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می‌کنند، منجر به درماندگی آن‌ها شده است (گرین من و جانسون، ۲۰۱۳). درمان هیجان محور با ایجاد تعاملات سازنده بین بیماران و شناسایی الگوهای دل‌بستگی ایمن باعث رضایتمندی و کاهش تحریف‌های شناختی در آنان می‌شود. این رویکرد بر تغییر رفتارهای دل‌بستگی به‌عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می‌کند (غزنوی

1. social links
2. mental health
3. autonomy
4. competence
5. happiness
6. curiosity and exploration
7. positive emotions
8. innovation
9. rumination

خضراآبادی و نیکنام، ۱۳۹۸). هدف درمان هیجان محور کمک به مراجعان در دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبتی است که در دسترس بودن و اعتماد بین درمان هیجان محور گزارش کردند که مراجعانی که آموزش درمان هیجان محور را دیده بودند، در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر تمایل داشتند تا اطرافیانشان را ببخشند؛ که این عامل، باعث افزایش رضایت و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها شده بود. همچنین اکبری (۱۳۹۴)، در پژوهش خود به این نتایج دست‌یافت که آموزش راهبردهای درمان پردازشی-تجربه‌ای (هیجان مدار) بر کاهش اضطراب دانش آموزان دختر مؤثر است. همچنین نتایج پژوهش الیوت و شاهار (۲۰۱۷) نشان داد که درمان هیجان محور باعث کاهش اضطراب در افراد می‌شود. در واقع بررسی هیجان و عواطف در عرصه روان‌شناسی امروز جایگاه وسیعی را به خود اختصاص داده است. ارتباط هیجان با ویژگی‌های شخصیتی، اختلال‌ها، نظام پردازش اطلاعات شناختی، ارتباط‌های بین فردی یافته‌های بی‌بدیلی را فرا روی جهان بشری قرار داده است. چگونگی تغییر احساس افراد در خلال زمان را می‌توان به منزله مسیریابی در فضای هسته عاطفی ترسیم کرد. سرکوب کردن انواع عواطف خطرناک است و پس از مدتی به شکل انفجاری و غیرقابل کنترل تخلیه خواهند شد. ابراز عواطف به شکل صحیح می‌تواند مانع بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات گردد.

با مدنظر قرار دادن مطالب فوق می‌توان گفت، زندگی تحصیلی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی فرد است که بر تربیت و یادگیری ثمربخش و موفقیت‌آمیز فرد تأثیر می‌گذارد و در آنجا لیاقت‌ها توانایی‌ها به بار می‌نشینند و پیشرفت‌های عملی حاصل می‌شود؛ اما در زندگی روزانه تحصیلی، دانش آموزان با انواع چالش‌ها، موانع و فشارهای خاص این دوره (از جمله نمرات ضعیف، سطوح اضطراب، تهدید اعتمادبه‌نفس در نتیجه عملکرد، کاهش انگیزش و تعامل) مواجه می‌شوند. برخی از دانش آموزان در برخورد با این موانع و چالش‌ها موفق عمل می‌کنند اما گروه دیگری از دانش آموزان در این زمینه ناموفق هستند. مطالعات در زمینه شفقت خود به‌عنوان یکی از عوامل سازنده در برخورد با چالش‌ها، موانع تحصیلی پیشرفت تحصیلی در آموزش در مرحله آغازین قرار دارد، از طرفی دیگر نرخ شفقت ورزی در مدارس ایران پایین است (غفاریان و خیاطان، ۱۳۹۷). پس شناسایی عواملی که اضطراب را در دانش آموزان افزایش می‌دهد باید یکی از محورهای پژوهش قرار گیرد. همچنین با توجه به اهمیت شفقت خود و تأثیر آن بر عملکرد افراد، به‌ویژه در موقعیت‌های تحصیلی و نقش آن در موفقیت و آینده دانش آموزان، شناسایی پیش‌بین‌ها و عوامل مؤثر بر آن می‌تواند گامی در جهت شناسایی و رفع مشکلات انگیزشی یادگیرندگان در محیط آموزشی باشد. لذا با توجه به مطالب عنوان‌شده این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است:

۱. آیا درمان هیجان مدار بر اضطراب و شفقت خود در نوجوانان ۱۴ تا ۱۹ ساله در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد؟

۲. آیا درمان هیجان مدار بر اضطراب و شفقت خود در نوجوانان ۱۴ تا ۱۹ ساله در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش برحسب هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها بود. جامعه آماری

پژوهش شامل ۱۵۰ نوجوان دختر ۱۴ تا ۱۹ ساله از دبیرستان دخترانه شهید بهشتی در منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. اساس روش پیشنهادی کوهن (۱۹۸۶) با پذیرش $\alpha=0/50$ و اندازه اثر برابر با $0/60$ ، از طریق انتخاب ۲۵ شرکت کننده برای هر یک از دو گروه آزمایش و کنترل و توان آزمون آماری برابر با $0/88$ ، حجم نمونه با روش نمونه گیری در دسترس برابر ۳۰ واحد آزمایشی تعیین شد. در این پژوهش از بین ۳۰ نوجوان برای حضور مستمر در برنامه آموزشی، ۱۵ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۵ نوجوان در گروه فهرست انتظار و در گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش، رضایت آگاهانه برای همکاری در پژوهش، داشتن سن ۱۴ تا ۱۹ سال و ملاک خروج از پژوهش حضور اطمینان از رخ دادن انتشار آزمایشی و دو جلسه غیبت در جلسه های برنامه آموزشی بود. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش درمان هیجان مدار قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۶). پرسشنامه اضطراب یک پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ آیتمی است که برای انعکاس شدت علائم جسمی و شناختی افراد در یک هفته گذشته است. این مقیاس به صورت سه درجه ای از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود و بالاترین نمره ای که در آن به دست می آید ۶۳ است. بک؛ براون و استیر (۱۹۹۶) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۹۲ صدم و پایایی باز آزمایی یک هفته ای آن را با ۷۵ صدم گزارش کرده اند. بک و استیر به نقل از صلواتی (۲۰۰۳) روایی محتوا؛ هم زمان؛ سازه؛ تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده اند.
۲. پرسشنامه شفتت به خود نف (۲۰۰۳). این مقیاس یک ابزار خود گزارشی ۲۶ گویه ای است که توسط نف (۲۰۰۳) به منظور سنجش میزان خود شفتت ورزی ساخته شده است. سؤالات موجود در آن در شش زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، منزوی سازی، ذهن آگاهی و بزرگنمایی قرار می گیرند و کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می سنجد؛ مانند این که فرد تا چه اندازه نسبت به خود مهربان است و چه میزان تجارب خود را به عنوان قسمتی از تجارب دیگران می بیند و این که به چه میزان از بزرگنمایی تجارب خود صرف نظر می کند؛ بنابراین، این مقیاس دیدگاه بازداشتن به مسائل و کیفیت باز آگاهی را مشخص می کند. نمره گذاری آن در طیف پنج درجه ای لیکرت، از تقریباً هیچ گاه (نمره ۰) تا تقریباً همیشه (نمره ۴)، انجام می پذیرد. نف (۲۰۰۳) پایایی و روایی بالایی را برای مقیاس مذکور گزارش نموده است. پایایی کلی آن از طریق روش آلفای کرونباخ $0/92$ به دست آمده و همچنین هر کدام از خرده مقیاس ها نیز از همسانی درونی خوبی برخوردار بوده اند. آلفای کرونباخ $0/92$ به دست آمده و همچنین هر کدام از خرده مقیاس ها نیز از همسانی درونی خوبی برخوردار بوده اند. آلفای کرونباخ در نسخه فارسی (خسروی و همکاران، ۱۳۹۲) چنین گزارش شده است: مهربانی با خود $0/81$ ، قضاوت نسبت به خود $0/78$ ، اشتراکات انسانی $0/84$ ، انزوا $0/85$ ، بهشیاری $0/80$ ، همانندسازی افراطی $0/83$ و کل مقیاس $0/76$.
۳. درمان هیجان محور. جلسات درمان هیجان محور برگرفته از پروتکل گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲) بود که در هشت جلسه گروهی به مدت ۹۰ دقیقه بر روی گروه آزمایش به صورت هفتگی اجرا شد که خلاصه جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. جلسات درمان هیجان محور برگرفته از گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲)

جلسه	عناوین
اول	اجرا پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات مراجعان از درمان
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 هیجان مدار و نقش هیجان‌ات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری مراجعان
سوم	شکل‌دهی دوباره به مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌ات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به مراجع، آگاهی دادن به مراجعان در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی
چهارم	ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است. جلب‌توجه 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
پنجم	آگاه کردن افراد از هیجان‌ات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر مراجع در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات و بیماران و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجان‌ات شناخته‌شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دل‌بستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها
ششم	آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی اولیه درزمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین مراجعان
هفتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین بیماران و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی
هشتم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است. برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجادشده است. شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن به‌گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌های آسیبی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون

روش اجرا. به منظور اجرای پژوهش، پژوهشگر پس از مراجعه به دبیرستان دخترانه شهید بهشتی در منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تهران و انتخاب نمونه‌های واجد شرایط و با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان گروهی هیجان محور، قرار گرفتند، جلسات درمانی توسط پژوهشگر اجرا شد. پس از اتمام جلسات، مجدداً پرسشنامه‌ها در بین دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد (پس آزمون) و همچنین ۲ ماه بعد آزمون پیگیری در مورد دو گروه اجرا شد. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده، جهت تجزیه و تحلیل وارد نرم افزار SPSS-۲۳ شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از آزمون واریانس اندازه‌های مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن نوجوانان گروه آزمایش برابر با ۱۳/۸۴ (۲/۵۴) سال و میانگین و انحراف استاندارد سن نوجوانان گروه گواه برابر با ۱۴/۱۰ (۲/۶۹) سال بود؛ در ادامه با استفاده از شاخص‌های مرکزی و بررسی پیش فرض‌های استفاده از آزمون واریانس اندازه مکرر متغیرهای پژوهش مورد توصیف قرار گرفت.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد اضطراب و خود شفقت ورزی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها (n=۳۰)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
اضطراب	آزمایش	۲۸/۸۶	۸/۲۹	۱۹/۸۰	۷/۹۳	۷/۵۲
	گواه	۳۰/۹۳	۶/۲۷	۲۴/۱۳	۵/۱۱	۵/۳۰
خود شفقت ورزی	آزمایش	۵۶/۲۵۰	۱۶/۱۵	۱۰۰/۸۱۲	۱۴/۴۶	۱۴/۷۷
	گواه	۵۳/۳۱۲	۱۲/۹۵	۵۳/۳۱۲	۸/۲۷	۸/۳۶

اطلاعات توصیفی میزان اضطراب و خود شفقت ورزی در جدول ۲ به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. همچنان‌که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون بهبودی نشان می‌دهد.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب	مراحل مداخله	۱۶	۱	۳۲۱/۱۶	۲۵/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	مراحل × گروه	۸۹/۶۰	۱	۸۹/۶۰	۱۷/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳
خودشفقت ورزی	مراحل مداخله	۴۷۶/۰۶	۱	۴۷۶/۰۶	۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	مراحل × گروه	۴۸/۸۷	۱	۴۸/۸۷	۱۰/۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	گروه	۲۸۰۳/۵۱	۱	۲۸۰۳/۵۱	۱۳۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره اضطراب (P=۰/۰۰۱، F=۲۱/۰۲) با اندازه اثر ۰/۵۹ و بر نمره خودشفقت ورزی (P=۰/۰۰۱، F=۱۳۸/۴۷) با اندازه اثر ۰/۸۴ مؤثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	پیش‌آزمون - پیگیری	پس‌آزمون - پیگیری
	تفاوت میانگین	تفاوت میانگین	تفاوت میانگین
	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار
اضطراب	۲/۷۰	۱/۰۱	۲/۸۰
خودشفقت‌ورزی	۲/۱۵	۰/۹۳	۱/۹۰

در جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات اضطراب و خودشفقت‌ورزی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است؛ اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب و خودشفقت‌ورزی نوجوانان ۱۴ تا ۱۹ سال انجام شد. نتایج نشان داد که خانواده‌درمانی هیجان‌مدار باعث کاهش اضطراب نوجوانان شده است. نتایج پژوهش با یافته‌های (تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۷؛ تیمولاک و مک الونی، ۲۰۱۶؛ شاهار، ۲۰۱۴؛ الیوت و شاهار، ۲۰۱۷؛ اوبرین و همکاران، ۲۰۱۹) همخوانی دارد. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان چنین بیان نمود، درمان هیجان‌مدار، با تأکید و نشانه‌گذاری بر رفتارها، افکار و هیجانات منفی به‌صورت مرحله‌به‌مرحله، هیجانات ناسازگار افراد را شناسایی می‌کند و درنهایت با روش‌ها و تکنیک‌هایی سعی در عوض کردن آن‌ها دارد. از آنجایی که در این درمان توجه زیادی به هیجانات حل‌نشده و پذیرفته‌نشده دارد، توانست نقش بسزایی در کاهش هیجانات ناسازگار و اضطراب در دانش‌آموزان داشته باشد و باعث بهبود خلق دانش‌آموزان گردد. در این درمان دانش‌آموزان یاد می‌گیرند که چگونه بتوانند طیف هیجانات خود و سایرین را شناسایی کنند و بتوانند آن را تعدیل و مدیریت کنند. یکی از مواردی که در اکثریت دانش‌آموزان با اضطراب بالا مشاهده می‌شود، هیجانات منفی شدید است. همچنین این افراد، معمولاً به دلیل احساس شرم و خجالت و خشم ناشی از ظاهر نشدن در اجتماع دارند بخشی از هیجانات ناسازگار در این افراد می‌تواند از طریق شناسایی، بیان شدن و جایگزین شدن تغییر یابد. به افراد یاد داده می‌شود که هیجانات خود را شناسایی کنند و بتوانند آن‌ها را برچسب بزنند که این بسیار برای شناسایی هیجانات ناسازگار کمک‌کننده است، برای مثال از آن‌ها خواسته می‌شود رویداد آزاردهنده را بنویسند و هیجانات مرتبط با آن را نیز بنویسند و همچنین بیان کنند که چه هیجانات دیگری را نیز می‌توانند در آن شرایط بروز بدهند. این تکالیف به آن‌ها کمک می‌کند تا یاد بگیرند که هیجانات ناسازگار خود را کنار بگذارند و هیجان مناسب‌تری را جایگزین کنند. در طول جلسات، درمانگر با همدلی که با مراجع دارد به حس اعتماد او کمک می‌کند و باعث به‌روی کار آمدن هیجانات بیان‌نشده و فروخورده می‌شود که می‌توان از طریق انعکاس به‌موقع نیز به درمانجو حس پذیرفته شدن و شنیده شدن را القا کرد. همچنین با استفاده از تکنیک‌های مانند معتبرسازی به درمانجو نشان داده می‌شود

که پاسخ‌های هیجانی‌شان پذیرفتنی است که به آن‌ها نشان می‌دهد که تجارب بلوکه شده را می‌توانند به‌دوراز قضاوت و سرزنشگری بیان کنند.

همچنین نتایج نشان داد که خانواده درمانی هیجان مدار باعث بهبود خود شفقت ورزی در نوجوانان شده است. نتایج پژوهش با یافته‌های (کورونیوا و همکاران، ۲۰۲۰؛ هالاموا و همکاران، ۲۰۱۹؛ گلپور و همکاران، ۲۰۱۴؛ دیلون و همکاران، ۲۰۱۸) همسو است. در درمان هیجان مدار وظیفه درمانگر این است که بتواند یک رابطه مناسب و کارآمدی را ایجاد کند تا بتواند از طریق حس اعتماد درمانجو، آموزش‌هایی را برای تنظیم هیجان داشته باشد. یکی از مشکلات شایع در افرادی که از خود شفقتی پایین رنج می‌برند، فقدان اعتمادبه‌نفس است که باعث ایجاد افسردگی و کاهش امید به زندگی می‌شود که می‌تواند ناشی از هیجانات حل‌نشده و ابراز نشده به‌طرف مقابل باشد، افرادی که فقدان اعتمادبه‌نفس و استقلال دارند، برای به دست آوردن اعتماد، باید ابتدا بتوانند، هیجان‌های ابراز نشده را به کمک تکنیک‌های درمان هیجان مدار ابراز کنند و با کنار آمدن با هیجانات، نگرش تازه‌ای به ادامه زندگی داشته باشند. برای مثال از درمان‌جویان خواسته می‌شود تا تجربه دردناک یا احساس بد خود را بیان کنند و چون در محیط گروهی بیان می‌شود، این احساس که تنها نیستند و افراد دیگری هم مشکل مشابهی را دارند تا حدودی می‌تواند بار هیجانی ناشی از کمبود اعتمادبه‌نفس را برای آن‌ها افزایش دهد. درنهایت، مراجع از طریق آگاهی از هیجانات، بیان هیجانات تازه، تنظیم هیجانات و ابراز هیجان مناسب، با استفاده از تکنیک‌هایی چون القای هیجان، برچسب‌زنی هیجانی، شدت بخشی، به ادراک تازه‌ای از خویش دست می‌یابد و توانایی کنار آمدن با هیجانات را در خارج از جلسات درمان پیدا می‌کند. این افراد یاد می‌گیرند که می‌توانند در مواقع نیاز هیجانات خود را ابراز کنند و گاهی بتوانند آن‌ها را کنترل کنند، می‌تواند از احساسات منفی آن‌ها نسبت به رویداد کم کند و آن را قابل‌هضم نماید. درواقع نحوه مدیریت هیجان‌ها چه قبل رویداد، چه در زمان رویداد و چه بعد آن بسیار حائز اهمیت است.

از آنجا که پژوهش حاضر در میان نوجوانان دختر ۱۴ تا ۱۹ سال شهر تهران صورت گرفته در خصوص تعمیم نتایج بایستی بااحتیاط عمل شود و از تعمیم نتایج به دانش آموزان در شهرهای دیگر خودداری شود. این پژوهش می‌توانست هم به‌صورت کمی و کیفی (ترکیبی) انجام شود، اما به دلیل نبود شرایط مصاحبه این امکان در پژوهش حاضر مهیا نبود و یکی از موانع و محدودیت‌های پژوهش این مورد بود. حجم نمونه پژوهش محدود به دانش آموزان مقطع متوسطه شهر تهران بوده است، برای رفع این محدودیت پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر نیز اجرا شود. در پژوهش‌های آینده از طرح‌های ترکیبی (کمی و کیفی)، حجم نمونه بالاتر و روش‌های پیچیده‌تر آماری که امکان تحلیل عمیق‌تر و نتیجه‌گیری بهتر را فراهم می‌کنند، استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با در نظر گرفتن مرحله پیگیری، آموزش درمان هیجان مدار در طول زمان بررسی شود تا ماندگاری نتایج مشخص شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبتنی بر اثربخشی درمان هیجان مدار به مراکز مشاوره پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران مراکز خدمات درمانی و مشاوره از این رویکرد در جهت ارتقای خود شفقتی و کاهش اضطراب دانش آموزان استفاده کنند و برای مراجعان به‌صورت دوره‌ای، کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی با محوریت درمان هیجان مدار برگزار گردد تا بدین طریق گامی در جهت ارتقای خود شفقت ورزی و کاهش اضطراب دانش آموزان برداشته شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از مدیر و کادر مدرسه شهید بهشتی در منطقه چهار تهران و همه دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش و معلمانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اکبری، حبیب اله. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش راهبردهای درمان‌پرداشی-تجربه ای (هیجان مدار) بر کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر تهران. *مجله روانشناسی تربیتی*، ۱۱ (۳۷): ۲۰۵-۱۸۷.
- خدمتی، نسرین. (۱۳۹۹). بررسی نقش ارضا نیازهای بنیادین روانشناختی و خود شفقت ورزی در پیش‌بینی قلدری دانش‌آموزان دبیرستانی. *نشریه رویش روانشناسی*، ۹ (۲): ۶۵-۷۲.
- خسروی، صدالله، صادقی، مجید، و یابنده، محمدرضا. (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود. *مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۳ (۴): ۴۷-۵۹.
- غزنوی خضرآبادی، فاطمه، و نیکنام، ماندانا. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر سبک دل‌بستگی و رضایتمندی جنسی زوجین. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۲۶ (۲): ۲۱۳-۲۲۵.
- غفاریان، حدیثه، و خیاطان، فلور. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر خودپنداره و ابراز وجود دانش‌آموزان دختر دوره اول دبیرستان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۷۱ (۱۱): ۳۶-۲۶.

References

- Crozier, A. J., Mosewich, A. D., & Ferguson, L. J. (2019). The company we keep: Exploring the relationship between perceived teammate self-compassion and athlete self-compassion. *Psychology of Sport and Exercise*, 40, 152-155.
- Dillon, A., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2018). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research*, 28(3), 406-422.
- Dyrenforth, P. S., Kashy, D. A., Donnellan, M. B., & Lucas, R. E. (2010). Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries: the relative importance of actor, partner, and similarity effects. *Journal of personality and social psychology*, 99(4), 690.
- Elliott, R., & Shahr, B. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety (EFT-SA). *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 140-158.

- Golpour, R., Abolghasemi, A., Ahadi, B., & Narimani, M. (2014). Comparison of effectiveness of cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy on physical and mental health in depressed students. *Journal of School Psychology, 3*(2), 153-169.
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2013). Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: Linking theory to practice. *Family Process, 52*(1), 46-61.
- Halamová, J., Koróniová, J., Kanovský, M., Túniyová, M. K., & Kupeli, N. (2019). Psychological and physiological effects of emotion focused training for self-compassion and self-protection. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*.
- Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth, 25*(1), 79-93.
- Krr iii vv,, J,, Hll mnvv,, J,, & šššššš šš,, N. (2022)). Levll ff eelf-criticism and changes in imagery among participants attending Emotion Focused Training for Self-Compassion and Self-Protection. *Ceskoslovenska Psychologie, 64*(5).
- Leigh, E., & Clark, D. M. (2018). Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: Applying the cognitive model of Clark and Wells (1995). *Clinical child and family psychology review, 21*(3), 388-414.
- Lynch, H., McDonagh, C., & Hennessy, E. (2021). Social anxiety and depression stigma among adolescents. *Journal of Affective Disorders, 281*, 744-750.
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness, 7*(1), 264-274.
- Neff, K. D., Whittaker, T. A., & Karl, A. (2017). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in four distinct populations: Is the use of a total scale score justified?. *Journal of Personality Assessment, 99*(6), 596-607.
- O'Brien, K., O'Keeffe, N., Cullen, H., Durcan, A., Timulak, L., & McElvaney, J. (2019). Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of ll ittt '' in-session presentations. *Psychotherapy research, 29*(4), 524-540.
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA pediatrics, 175*(11), 1142-1150.
- Shahar, B. (2014). Emotion-focused therapy for the treatment of social anxiety: An overview of the model and a case description. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(6), 536-547.
- Timulak, L., & McElvaney, J. (2016). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 46*(1), 41-52.
- 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.
- Williams, A. L., Craske, M. G., Mineka, S., & Zinbarg, R. E. (2021). Neuroticism and the longitudinal trajectories of anxiety and depressive symptoms in older adolescents. *Journal of abnormal psychology, 130*(2), 126.
- Yggg, X,, Z,, ,,, ,,, Li,, Q,, & F,, C. (21))) iiiii le peeee eeett inn add alll sseett '' anxiety and depression: The moderating role of mindfulness. *Journal of child and family studies, 28*(3), 822-830.
- Yang, Y., Zhang, M., & Kou, Y. (2016). Self-compassion and life satisfaction: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences, 98*, 91-95.

Zwack, J., & Greenberg, L. (2020). Where Are the Emotions? How Emotion-Focused Therapy Could Inspire Systemic Practice. In Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling (pp. 249-264). Springer, Cham.

پرسشنامه اضطراب بک

شدید(نمی توانستم آن را تحمل کنم).	متوسط (خیلی ناخوشایند بود اما تحمل کردم)	خفیف (زیاد ناراحتم نکرده است)	اصلا ...	
۳	۲	۱	۰	۱. کمرخی و گز گز شدن (مور مور شدن)
۳	۲	۱	۰	۲. احساس داغی (گرما)
۳	۲	۱	۰	۳. لرزش درپاها
۳	۲	۱	۰	۴. ناتوانی در آرامش
۳	۲	۱	۰	۵. ترس از وقوع حادثه بد
۳	۲	۱	۰	۶. سرگیجه و منگی
۳	۲	۱	۰	۷. تپش قلب و نفس نفس زدن
۳	۲	۱	۰	۸. حالت متغیر (بی ثبات)
۳	۲	۱	۰	۹. وحشت زده
۳	۲	۱	۰	۱۰. عصبی
۳	۲	۱	۰	۱۱. احساس خفگی
۳	۲	۱	۰	۱۲. لرزش دست
۳	۲	۱	۰	۱۳. لرزش بدن
۳	۲	۱	۰	۱۴. ترس از دست دادن کنترل
۳	۲	۱	۰	۱۵. به سختی نفس کشیدن
۳	۲	۱	۰	۱۶. ترس از مردن
۳	۲	۱	۰	۱۷. ترسیده (حالت ترس)
۳	۲	۱	۰	۱۸. سوء هاضمه و ناراحتی شکم.
۳	۲	۱	۰	۱۹. غش کردن (ازحال رفتن)
۳	۲	۱	۰	۲۰. سرخ شدن صورت
۳	۲	۱	۰	۲۱. عرق کردن (نه در اثر گرما)

پرسشنامه خودشفقت ورزی

تقریباً هرگز	هرگز	گاهی اوقات	همیشه	تقریباً همیشه	سئوالات	رتبه
۱	۲	۳	۴	۵	۱. من نقص‌ها و ناتوانی‌های خود را مورد مذمت و انتقاد قرار می‌دهم.	۱
۱	۲	۳	۴	۵	۲. وقتی ناراحت هستم، مایل‌م که نگران و دل‌مشغول هر چیزی که نادرست است، باشم.	۲
۱	۲	۳	۴	۵	۳. وقتی کارهایم بد پیش می‌روند، مشکلات را بخشی از زندگی می‌بینم که برای هر کسی پیش می‌آید.	۳

۱	۲	۳	۴	۵	۴	وقتی در مورد ناتوانی‌هایم فکر می‌کنم، بیش‌تر احساس می‌کنم که از سایر افراد جهان جدا و متفاوت هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۵	وقتی که رنج عاطفی احساس می‌کنم، تلاش می‌کنم که خود را دوست داشته‌باشم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	وقتی در مسأله‌ای که برایم مهم است، شکست می‌خورم، با احساس ناتوانی از پا می‌افتم.
۱	۲	۳	۴	۵	۷	وقتی احساس می‌کنم بی‌فایده و بی‌مصرف هستم. به خود یادآوری می‌کنم که افراد بسیار زیاد دیگری در جهان همان‌گونه که من احساس می‌کنم، احساس می‌کنند.
۱	۲	۳	۴	۵	۸	وقتی روزگار واقعاً سخت است، مایلیم که راجع به خودم قیل و قال راه بیاندارم.
۱	۲	۳	۴	۵	۹	وقتی چیزی مرا به هم می‌ریزد، سعی می‌کنم هیجانانگیز را متعادل نگه‌دارم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۰	وقتی که به نحوی احساس ناتوانی می‌کنم، سعی می‌کنم به خود یادآوری کنم که احساس ناتوانی در بیش‌تر افراد مشترک است.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۱	من در مورد جنبه‌هایی از شخصیتم که دوست ندارم، ناشکیبا و بی‌تحمل هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۲	وقتی که در حال گذر از یک موقعیت بسیار سخت هستم، دلسوزی و مراقبتی را که نیاز دارم، نثار خود می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۳	وقتی احساس غمگینی می‌کنم، مایلیم احساس کنم که احتمالاً بیش‌تر افراد شادتر از من هستند.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۴	وقتی که اتفاق دردناکی می‌افتد، تلاش می‌کنم که دید متعادلی در مورد موقعیت اتخاذ کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۵	من تلاش می‌کنم که نقایصم را به عنوان بخشی از شرایط انسان به بینم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۶	وقتی به جنبه‌هایی از خودم که دوست ندارم نگاه می‌کنم، سقوط می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۷	وقتی در چیزی که برایم مهم است، شکست می‌خورم تلاش می‌کنم که دورنمای آن را به بینم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۸	وقتی که واقعاً دچار کشمکش هستم، مایلیم احساس کنم که احتمالاً بیش‌تر افراد باید در موقعیت راحت‌تری باشند.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۹	وقتی رنجی را تجربه می‌کنم، با خود مهربان هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۰	وقتی چیزی مرا به هم می‌ریزد، دچار غلیان احساسات می‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۱	وقتی رنجی را تجربه می‌کنم، می‌توانم کمی در مورد خودم سرد و بی‌عاطفه باشم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۲	وقتی احساس غمگینی می‌کنم، تلاش می‌کنم که با احساساتم همراه با کنجکاوی و گشودگی برخورد کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۳	من با نقص‌ها و ناتوانی‌هایم مدارا می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۴	وقتی اتفاق دردناکی می‌افتد، مایلیم آن واقعه را بدون تناسب با آن، زیاد بزرگ کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۵	وقتی در چیزی که برایم مهم است، شکست می‌خورم، احساس می‌کنم در شکستم تنها هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۶	من سعی می‌کنم که در مورد آن جنبه‌هایی از شخصیتم که دوست ندارم، فهمیده و صبور باشم.

The effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Reducing Anxiety and Self-Compassion in Adolescents

Hosein. Minaei^{1*}

Abstract

Aim: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Emotion-Focused Therapy on reducing anxiety and self-compassion in adolescents aged 14 to 19 years 2021. **Methods:** The method of the present study is quasi-experimental and a pre-test-post-test design with a control group has been used to collect data. The statistical population of the study consisted of all female students aged 14 to 19 years from Shahid Beheshti Girls' High School in Tehran among them, 30 people were selected by available sampling method and randomly assigned to the experimental group (15 people in each group) and control group (15 people). The experimental group Emotion-Focused Therapy underwent 8 sessions of 90 minutes and the control group remained on the waiting list. The instruments used in the present study included the Anxiety Inventory (Beck, 1996) and the Self-Compassion Questionnaire (Nef, 2003), which were used in two stages: pre-test and post-test. The analysis of the information obtained from the questionnaire was performed through spss24 software in two descriptive and inferential sections (analysis of covariance). **Results:** The results showed that emotion-oriented therapy decreased anxiety ($F=21.02$, $P=0.001$) and increased self-compassion ($F=138.47$, $P=0.001$) in the post-test phase and this effect in the phase the follow-up was stable. **Conclusion:** According to the results of this study, emotion- Focused therapy is an effective intervention in reducing anxiety and increasing self-compassion in students.

Keywords: Anxiety, Self-compassion, Emotion- Focused therapy

1. *Corresponding Author: M.A of Family Counseling, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Email: hoseinminaeinia@gmail.com