Journal of Research in Psychological Health
September 2025, Volume 19, Issue 4

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Self-Criticism and Social Anxiety among Adolescents with a History of Domestic Violence

Zahra Mahmoudi Meymand[1], Amineh Jalali[2]*

[1] Master of Science in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sirjan Branch, Kerman, Iran.
[2] Assistant Professor, Department of Psychology, Sirjan Branch, Islamic Azad University, Sirjan, Iran. Email: jalali2875@gmail.com

Citation: Mahmoudi Meymand, Z., & Jalali, A. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Self-Criticism and Social Anxiety among Adolescents with a History of Domestic Violence **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2026; 19 (4):45-60 [Persian].

Article Info:

Key words
Compassion-focused therapy, self-criticism, social anxiety, domestic violence, adolescents.

Abstract

Domestic violence during adolescence can be associated with various psychological consequences, including increased self-criticism and social anxiety. The present study aimed to investigate the effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on self-criticism and social anxiety among adolescents who have experienced domestic violence in the city of Kerman. This study employed a quasi-experimental design with a pre-test–post-test structure and a control group. The statistical population consisted of adolescents in Kerman who had experienced domestic violence; from this group, 30 individuals were selected via purposive sampling and randomly assigned to either an experimental group or a control group (15 participants in each). Data collection instruments included the Levels of Self-Criticism Scale and the Social Anxiety Scale for Adolescents. The CFT intervention was administered to the experimental group over eight 90-minute sessions, while the control group remained on a waiting list during the intervention period. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results indicated that, after controlling for pre-test scores, there was a significant difference between the two groups regarding self-criticism and social anxiety; specifically, the experimental group demonstrated a significant reduction in both variables compared to the control group. Based on these findings, Compassion-Focused Therapy can be considered an effective intervention approach for reducing self-criticism and social anxiety in adolescents who have experienced domestic violence.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی در نوجوانان دارای تجربه خشونت خانگی

زهرا محمودی میمند[۱] ،*امینه جلالی*[۲]*

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان، کرمان، ایران.
۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد سیرجان، دانشگاه آزاد اسلامی، سیرجان، ایران
Email: jalali2875@gmail.com

چکیده

خشـــونت خانگی در دوران نوجوانی می‌تواند با پیامدهای روان‌شـــناختی متعددی، از جمله افزایش خودانتقادگری و اضـطراب اجتماعی، همراه باشـد. پژوهش حاضـر با هدف بررسـی اثربخشـی درمان متمرکز بر شـفقت (CFT) بر خودانتقادگری و اضـطراب اجتماعی نوجوانان دارای تجربه خشونت خانگی در شهر کرمان انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون ــ پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل نوجوانان دارای تجربه خشونت خانگی در شهر کرمان در سال ۱۴۰۴ بود که از میان آنان، ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صـورت تصـادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شـدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شـامل مقیاس سـطوح خودانتقادگری و مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان بود. مداخله درمان متمرکز بر شفقت در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شـد و گروه کنترل در طول دوره مداخله در فهرسـت انتظار قرار داشـت. داده‌ها با اسـتفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شـدند. نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه در نمرات خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشـــت؛ به‌گونه‌ای که گروه آزمایش در مقایســـه با گروه کنترل، کاهش معناداری در هر دو متغیر نشـان داد. بر اسـاس این یافته‌ها، درمان متمرکز بر شـــفقت می‌تواند به‌عنوان رویکردی مداخله‌ای برای کاهش خودانتقادگری و اضـــطراب اجتماعی نوجوانان دارای تجربه خشونت خانگی مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی

درمان متمرکز بر شفقت، خودانتقادگری، اضطراب اجتماعی، خشونت خانگی، نوجوانان.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

مقدمه

دوران نوجوانی یکی از حساس‌ترین مراحل تحول انسان است که با تغییرات گسترده جسمانی، شناختی، عاطفی و اجتماعی همراه است(زهراکار و همکاران ،۲۰۲۴) . در این دوره، شکل‌گیری هویت مستقل، تحول خودپنداره، دستیابی به استقلال روان‌شناختی و برقراری روابط بین‌فردی پایدار از جمله تکالیف مهم رشدی محسوب می‌شوند (عبدالعلی و همکاران، ۲۰۲۰). کیفیت تجربه‌های خانوادگی در این مرحله نقش مهمی در شکل‌گیری احساس امنیت، ارزشمندی و الگوهای ارتباطی نوجوان دارد. با این حال، مواجهه با تجارب آسیب‌زا، به‌ویژه خشونت خانگی، می‌تواند فرایند تحول روان‌شناختی و اجتماعی نوجوان را با چالش‌های جدی مواجه سازد (برت و همکاران، ۲۰۲۰). خشونت خانگی شامل رفتارهای آسیب‌زایی است که در بستر خانواده و در قالب خشونت جسمانی، روان‌شناختی یا عاطفی بروز می‌یابند و می‌توانند امنیت جسمی و روانی اعضای خانواده را تهدید کنند(شارعی و همکاران ،۲۰۲۳) . نوجوان ممکن است به‌طور مستقیم قربانی این رفتارها باشد یا با مشاهده خشونت میان اعضای خانواده در معرض پیامدهای روان‌شناختی آن قرار گیرد (زهراکار و همکاران ،۲۰۲۵) . چنین تجربه‌هایی می‌توانند برداشت نوجوان از خود، دیگران و محیط پیرامون را تحت تأثیر قرار دهند و زمینه شکل‌گیری احساس ناامنی، آسیب‌پذیری و بی‌ارزشی را فراهم کنند. نوجوانانی که تجربه‌های آسیب‌زای خانوادگی دارند، ممکن است جهان را محیطی تهدیدکننده و روابط بین‌فردی را با احتمال بیشتری همراه با طرد، سرزنش و آسیب ادراک کنند (برت و همکاران، ۲۰۱۹). این برداشت‌های منفی می‌توانند زمینه‌ساز شکل‌گیری الگوهای شناختی و هیجانی ناکارآمدی شوند که در میان آن‌ها خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند(شارعی و همکاران ،۲۰۲۴)د

خودانتقادگری به الگویی از ارزیابی منفی، سرزنش و برخورد خصمانه با خویشتن اشاره دارد که در آن فرد در مواجهه با ناکامی‌ها، اشتباهات یا ویژگی‌های نامطلوب ادراک‌شده خود، به جای برخوردی حمایتگرانه، با انتقاد و تنبیه درونی واکنش نشان می‌دهد(عبدالعلی و همکاران، ۲۰۲۰). این الگو می‌تواند به شکل تمرکز افراطی بر کاستی‌های شخصی، احساس ناکافی بودن و دشواری در پذیرش اشتباهات بروز پیدا کند. در نوجوانان دارای تجربه خشونت خانگی، مواجهه مکرر با تحقیر، سرزنش، طرد یا تهدید در محیط خانواده ممکن است زمینه درونی‌سازی ارزیابی‌های منفی و شکل‌گیری نگرش‌های خودانتقادگرانه را فراهم سازد (براون و اشکرافت، ۲۰۲۵). در چنین شرایطی، نوجوان ممکن است پیام‌های انتقادگرانه محیط را به‌تدریج درونی کند و رفتارهای خشونت‌آمیز دیگران را به ویژگی‌ها یا عملکرد خود نسبت دهد. این فرایند می‌تواند با شکل‌گیری احساس گناه، شرم و بی‌ارزشی همراه شود؛ به‌گونه‌ای که فرد خود را مسئول تجربه‌های ناخوشایند بداند و در مواجهه با مشکلات، به جای حمایت از خویشتن، به سرزنش و تنبیه خود بپردازد(زهراکار و همکاران ،۲۰۲۵) . شرم ناشی از احساس نقص یا ناکافی بودن نیز می‌تواند پذیرش خود و شکل‌گیری نگرش مشفقانه نسبت به خویشتن را دشوار سازد (کارونا و همکاران، ۲۰۱۷). اهمیت خودانتقادگری از آن جهت است که این الگوی شناختی ـ هیجانی می‌تواند با مشکلات مختلف روان‌شناختی، از جمله افسردگی، اضطراب و رفتارهای خودآسیب‌رسان ارتباط داشته باشد و آسیب‌پذیری فرد را در برابر پریشانی روان‌شناختی افزایش دهد(براون و اشکرافت، ۲۰۲۵).

در کنار خودانتقادگری، اضطراب اجتماعی نیز یکی از مشکلات روان‌شناختی قابل توجه در نوجوانان دارای تجربه خشونت خانگی است (کارونا و همکاران، ۲۰۱۷). اضطراب اجتماعی به ترس و نگرانی پایدار و قابل توجه از موقعیت‌های اجتماعی

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

اشاره دارد که در آن فرد احتمال می‌دهد مورد ارزیابی منفی، انتقاد، تحقیر یا طرد دیگران قرار گیرد(مولایی و همکاران ،۲۰۲۱). این اضطراب می‌تواند در موقعیت‌هایی مانند صحبت کردن در جمع، برقراری ارتباط با همسالان، مشارکت در فعالیت‌های گروهی و مواجهه با افراد ناآشنا بروز پیدا کند و در موارد شدید، به اجتناب اجتماعی و اختلال در عملکرد تحصیلی و بین‌فردی منجر شود(محسن زاده و همکاران ،۲۰۲۶) . نوجوانانی که در محیط خانوادگی با تهدید، تحقیر، سرزنش یا رفتارهای خشونت‌آمیز مواجه بوده‌اند، ممکن است در روابط اجتماعی نیز انتظار تجربه تهدید، انتقاد یا طرد را داشته باشند(مولایی و همکاران ،۲۰۲۱). مواجهه مکرر با چنین تجربه‌هایی می‌تواند حساسیت فرد نسبت به نشانه‌های ارزیابی منفی را افزایش دهد؛ به‌گونه‌ای که نوجوان واکنش‌های خنثی یا مبهم دیگران را نیز به‌عنوان نشانه‌ای از نارضایتی، انتقاد یا طرد تفسیر کند (دماوندیان و همکاران، ۲۰۲۲). افزون بر این، خودانتقادگری می‌تواند از طریق افزایش تمرکز بر کاستی‌های ادراک‌شده، تشدید نگرانی درباره قضاوت دیگران و تقویت انتظار ارزیابی منفی، در شکل‌گیری و تداوم اضطراب اجتماعی نقش داشته باشد. به عبارت دیگر، نوجوانی که به‌طور مداوم خود را مورد سرزنش و ارزیابی منفی قرار می‌دهد، ممکن است قضاوت منفی دیگران را نیز محتمل‌تر بداند و در موقعیت‌های اجتماعی با ترس و نگرانی بیشتری مواجه شود (قدام‌پور و منصوری، ۲۰۱۸). تداوم این وضعیت می‌تواند زمینه‌ساز اجتناب از تعاملات اجتماعی، انزوای بین‌فردی، کاهش مشارکت در فعالیت‌های گروهی و افت عملکرد تحصیلی شود.

با توجه به ارتباط تجربه خشونت خانگی با خودانتقادگری، احساس شرم و اضطراب اجتماعی، شناسایی مداخلات درمانی متناسب با سازوکارهای روان‌شناختی این مشکلات اهمیت ویژه‌ای دارد. در این زمینه، درمان متمرکز بر شفقت [1] که توسط پل گیلبرت توسعه یافته است، به‌عنوان رویکردی درمانی با تمرکز بر کاهش شرم و خودانتقادگری و تقویت توانایی فرد برای مواجهه حمایتگرانه با رنج روان‌شناختی مطرح شده است(میلارد و همکاران ،۲۰۲۳) . این رویکرد با بهره‌گیری از مبانی روان‌شناسی تکاملی، علوم اعصاب، نظریه دلبستگی و رویکردهای شناختی ـ رفتاری، بر نقش نظام‌های تنظیم هیجان در شکل‌گیری و تداوم مشکلات روان‌شناختی تأکید دارد(کوترا و همکاران ،۲۰۲۴) . بر اساس الگوی سه نظام تنظیم هیجان در این رویکرد، تجربه‌های هیجانی انسان تحت تأثیر تعامل سه نظام اصلی قرار می‌گیرند: نظام تهدید و حفاظت که مسئول شناسایی خطر و فعال‌سازی پاسخ‌های دفاعی است؛ نظام انگیزش و جست‌وجوی منابع که با دستیابی به اهداف، پاداش و پیشرفت ارتباط دارد؛ و نظام تسکین و آرامش که در تجربه احساس امنیت، رضایت و پیوند اجتماعی نقش ایفا می‌کند (خوشوقت و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس این دیدگاه، فعال‌سازی مکرر نظام تهدید و دشواری در دسترسی به نظام تسکین می‌تواند در تداوم هیجان‌های منفی، احساس ناامنی و خودانتقادگری نقش داشته باشد(کوترا و همکاران ،۲۰۲۴) . نوجوانانی که در محیط‌های خانوادگی خشونت‌آمیز قرار گرفته‌اند، ممکن است به دلیل مواجهه مکرر با تهدید و محدود بودن تجربه‌های حمایتی و اطمینان‌بخش، در تنظیم هیجان و دستیابی به احساس امنیت با دشواری مواجه شوند. با این حال، شدت و نحوه بروز این دشواری‌ها در افراد مختلف یکسان نیست و می‌تواند تحت تأثیر عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی قرار گیرد(کیربی و همکاران ،۲۰۲۴) .

درمان متمرکز بر شفقت با هدف تقویت ظرفیت فرد برای پاسخ‌دهی مشفقانه به رنج و تعدیل الگوهای خودانتقادگرانه، از مجموعه‌ای از فنون و تمرین‌ها بهره می‌گیرد(میلارد و همکاران ،۲۰۲۳). از جمله این فنون می‌توان به آموزش ذهن‌آگاهی،

[1] Compassion-Focused Therapy; CFT

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

تصویرسازی مشفقانه، پرورش صدای درونی حمایتگر، تمرین‌های تنفس آرام‌ساز و تقویت رفتارهای مبتنی بر شفقت است(کیربی و همکاران ،۲۰۲۴) . یکی از مفاهیم محوری این رویکرد، کمک به فرد برای درک این موضوع است که بسیاری از واکنش‌های هیجانی و رفتاری انسان تحت تأثیر سازوکارهای زیستی، تاریخچه یادگیری و شرایط محیطی شکل می‌گیرند و لزوماً انتخاب آگاهانه یا نشانه ضعف شخصیتی نیستند چنین نگرشی می‌تواند از شدت خودسرزنشگری و احساس شرم بکاهد و زمینه پذیرش محدودیت‌های انسانی و برخوردی حمایتگرانه‌تر با خویشتن را فراهم سازد. در واقع، این درمان می‌کوشد با تقویت نظام تسکین و آرامش و پرورش توانایی خودشفقت‌ورزی، تعادل بیشتری میان نظام‌های تنظیم هیجان ایجاد کند و فرد را در مواجهه با افکار و احساسات دشوار توانمند سازد(رشیدی و همکاران، ۲۰۲۳). از این منظر، درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند با هدف قرار دادن فرایندهای شناختی و هیجانی مرتبط با خودانتقادگری، در کاهش یکی از عوامل آسیب‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان دارای تجربه خشونت خانگی نقش داشته باشد(میلارد و همکاران ،۲۰۲۳).

همچنین، از آنجا که اضطراب اجتماعی با ترس از ارزیابی منفی، حساسیت نسبت به قضاوت دیگران و نگرانی درباره کاستی‌های ادراک‌شده خود ارتباط دارد، تقویت نگرش مشفقانه نسبت به خویشتن می‌تواند از طریق کاهش خودارزیابی‌های خصمانه، تعدیل شرم و افزایش احساس امنیت هیجانی، در کاهش این مشکل نقش ایفا کند(لی و همکاران ،۲۰۲۶) . هنگامی که نوجوان می‌آموزد در مواجهه با اشتباهات، ناکامی‌ها و موقعیت‌های دشوار به جای سرزنش و تحقیر خود، با پذیرش و حمایت بیشتری واکنش نشان دهد، ممکن است حساسیت او نسبت به ارزیابی منفی دیگران نیز کاهش یابد و آمادگی بیشتری برای حضور و مشارکت در موقعیت‌های اجتماعی پیدا کند(موسوی و همکاران ،۲۰۲۳) . به این ترتیب، کاهش خودانتقادگری و تقویت توانایی مواجهه مشفقانه با تجربه‌های هیجانی دشوار می‌تواند یکی از مسیرهای احتمالی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب اجتماعی باشد (ویدال و سولدویا، ۲۰۲۳). البته اثربخشی این رویکرد در نوجوانان دارای تجربه خشونت خانگی و میزان تأثیر آن بر دو پیامد مورد بررسی، نیازمند شواهد تجربی و بررسی مستقیم است.

با توجه به پیامدهای روان‌شناختی خشونت خانگی در دوره نوجوانی و نقش احتمالی خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی در تداوم مشکلات هیجانی و بین‌فردی، بررسی مداخلات درمانی متناسب با نیازهای این گروه از اهمیت برخوردار است. درمان متمرکز بر شفقت با تأکید بر کاهش شرم و خودانتقادگری، تقویت احساس امنیت و پرورش پاسخ‌دهی حمایتگرانه نسبت به خویشتن، از نظر نظری ظرفیت مناسبی برای هدف قرار دادن این مشکلات دارد. با این حال، بررسی هم‌زمان اثربخشی این رویکرد بر خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی در نوجوانان دارای تجربه خشونت خانگی می‌تواند به شناخت دقیق‌تر ظرفیت‌های کاربردی آن در این گروه کمک کند. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی در نوجوانان دارای تجربه خشونت خانگی انجام شده است. پرسش اساسی پژوهش این است که آیا درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به کاهش خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی در نوجوانان دارای تجربه خشونت خانگی منجر شود؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌ها بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه نوجوانان دختر و پسر ۱۴ تا ۱۸ ساله دارای تجربه تروما تشکیل دادند که در سال ۱۴۰۴ به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر کرمان مراجعه کرده بودند.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین منظور، ابتدا نوجوانان واجد شرایط از نظر تجربه رویداد آسیب‌زا با استفاده از پرسشنامه تروما (CTS) غربالگری شدند. سپس از میان افراد واجد شرایط که در این ابزار نمرات بالایی کسب کرده بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، ۳۰ نفر انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه، آزمودنی‌ها با استفاده از روش گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند؛ به‌طوری‌که گروه آزمایش شامل ۱۵ نفر و گروه کنترل نیز شامل ۱۵ نفر بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، کسب نمره بالاتر از میانگین در مقیاس‌های خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی، کسب نمره بالا در پرسشنامه تروما(CTS) ، گذشت حداقل شش ماه از وقوع رویداد آسیب‌زا، برخورداری از حداقل تحصیلات دوره اول متوسطه (سیکل) به‌منظور توانایی درک مفاهیم و انجام تمرین‌های درمانی و عدم دریافت هم‌زمان خدمات روان‌شناختی یا داروهای روان‌پزشکی مؤثر بر متغیرهای مورد مطالعه بود. همچنین، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله درمانی، بروز اختلالات سایکوتیک یا افکار حاد خودکشی در طول اجرای پژوهش و عدم تمایل به ادامه همکاری یا انصراف داوطلبانه از شرکت در پژوهش، به‌عنوان ملاک‌های خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند.

جدول ۱. پروتکل جلسات درمان متمرکز بر شفقت(CFT)

جلسه	اهداف درمانی	محتوای جلسات و فنون مداخله	تکلیف بین جلسات
اول: آشنایی و ایجاد رابطه درمانی	ایجاد احساس امنیت روان‌شناختی، برقراری رابطه درمانی و آشنایی با اهداف مداخله	معرفی اعضا و درمانگر، تبیین چارچوب جلسات و اصول محرمانگی، شناسایی انتظارات شرکت‌کنندگان و آموزش مقدماتی درباره هیجان‌ها و نقش شفقت در سلامت روان	ثبت موقعیت‌هایی که در طول هفته موجب تجربه هیجان‌های ناخوشایند شده‌اند، بدون الزام به شرح جزئیات تجربه‌های آسیب‌زا
دوم: آشنایی با ذهن شفقت‌ورز و نظام‌های تنظیم هیجان	افزایش آگاهی نسبت به سازوکارهای هیجانی و شناخت نقش سه نظام تنظیم هیجان	آموزش مدل سه نظام تنظیم هیجان شامل نظام تهدید، نظام انگیزش و نظام تسکین؛ بررسی نشانه‌های فعال‌شدن هر نظام در موقعیت‌های روزمره و ارتباط آن با تجربه‌های بین‌فردی	شناسایی موقعیت‌های فعال‌کننده نظام تهدید و ثبت واکنش‌های هیجانی، شناختی و بدنی مرتبط با آن
سوم: شناخت خودانتقادگری و صدای منتقد درونی	شناسایی الگوهای خودانتقادگرانه و افزایش آگاهی نسبت به پیامدهای آن‌ها	بررسی مفهوم خودانتقادگری، شناسایی افکار و گفت‌وگوهای درونی منفی، بررسی ارتباط خودانتقادگری با احساس شرم، ترس از قضاوت و تجربه‌های نامطلوب بین‌فردی؛ تمایز میان خودانتقادگری سازنده و مخرب	ثبت افکار خودانتقادگرانه در موقعیت‌های روزمره و شناسایی هیجان‌های همراه با آن‌ها
چهارم: پرورش ذهن‌آگاهی و توجه شفقت‌آمیز	افزایش توانایی مشاهده افکار و هیجان‌ها بدون قضاوت و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی	آموزش ذهن‌آگاهی، تمرین توجه به تنفس و آگاهی از احساسات بدنی، مشاهده افکار انتقادگرانه بدون همانندسازی با آن‌ها و پذیرش تجربه‌های هیجانی	انجام تمرین روزانه تنفس آگاهانه و ثبت تجربه‌های حاصل از مشاهده افکار و هیجان‌ها
پنجم: پرورش خودشفقت‌ورزی و تصویرسازی ذهنی شفقت‌آمیز	تقویت نگرش مهربانانه نسبت به خود و فعال‌سازی نظام تسکین	آموزش مؤلفه‌های شفقت به خود، شامل مهربانی با خود، اشتراک تجربه انسانی و ذهن‌آگاهی؛ تمرین تصویرسازی ذهنی خود شفقت‌ورز و استفاده از لحن درونی حمایتگرانه	تمرین تصویرسازی ذهنی شفقت‌آمیز و نوشتن متنی کوتاه با لحنی مهربانانه و حمایتگرانه خطاب به خود

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

ششم: مقابله شفقت‌آمیز با خودانتقادگری و شرم	کاهش شدت و تداوم خودانتقادگری و تقویت پاسخ‌های جایگزین شفقت‌آمیز	بررسی کارکرد صدای منتقد درونی، شناسایی باورهای خودسرزنشگرانه، تمرین گفت‌وگوی شفقت‌آمیز با خود و بازنگری در نسبت‌دادن مسئولیت رویدادهای آسیب‌زا به خود	نوشتن پاسخ شفقت‌آمیز به یکی از افکار خودانتقادگرانه شناسایی‌شده در طول هفته
هفتم: کاربرد شفقت در موقعیت‌های اجتماعی	کاهش ترس از ارزیابی منفی و افزایش احساس امنیت در تعاملات اجتماعی	شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب اجتماعی، بررسی افکار مرتبط با طرد و قضاوت دیگران، تمرین پاسخ شفقت‌آمیز در موقعیت‌های اجتماعی و اجرای مواجهه تدریجی و متناسب با آمادگی نوجوان	انتخاب یک موقعیت اجتماعی با دشواری قابل‌تحمل، تمرین حضور در آن موقعیت و ثبت افکار، هیجان‌ها و پاسخ‌های شفقت‌آمیز
هشتم: تثبیت آموخته‌ها و پیشگیری از بازگشت الگوهای ناسازگار	یکپارچه‌سازی مهارت‌های آموخته‌شده و تقویت توانایی استفاده مستقل از راهبردهای شفقت‌ورزانه	مرور محتوای جلسات، بررسی تغییرات تجربه‌شده در خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی، شناسایی موقعیت‌های خطر بازگشت به الگوهای قبلی، تدوین برنامه فردی برای تداوم تمرین‌های شفقت‌ورزی و جمع‌بندی مداخله	تدوین برنامه شخصی برای ادامه تمرین‌های ذهن‌آگاهی، خودشفقت‌ورزی و مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اجتماعی

ابزار:

مقیاس سطوح خودانتقادگری :این مقیاس توسط تامپسون و زوروف (۲۰۰۴) با هدف سنجش دو شکل از خودارزیابی منفی، شامل خودانتقادگری مقایسه‌ای و خودانتقادگری درونی، تدوین شده است. این ابزار ۲۲ گویه دارد که ۱۲ گویه آن خودانتقادگری مقایسه‌ای و ۱۰ گویه خودانتقادگری درونی را می‌سنجد. پاسخ‌دهندگان میزان انطباق هر عبارت با وضعیت خود را بر اساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای، از ۱ (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۷ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند)، مشخص می‌کنند. خودانتقادگری مقایسه‌ای به ارزیابی منفی فرد از خود در مقایسه با دیگران و خودانتقادگری درونی به ارزیابی منفی خود بر اساس معیارها و استانداردهای شخصی اشاره دارد. نمره بالاتر در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها نشان‌دهنده شدت بیشتر آن نوع خودانتقادگری است.

در پژوهش اصلی تامپسون و زوروف (۲۰۰۴)، روایی مقیاس از طریق بررسی روابط آن با سازه‌های مرتبط، از جمله ویژگی‌های شخصیتی، سبک دلبستگی و شیوه حل تعارض بررسی و تأیید شد. همچنین، پژوهش‌های بعدی شواهدی از روایی و پایایی این ابزار ارائه کرده‌اند؛ برای نمونه، یاماگوچی و همکاران (۲۰۲۲) ضرایب آلفای کرونباخ ۸۴/۰ برای خودانتقادگری مقایسه‌ای و ۸۸/۰ برای خودانتقادگری درونی گزارش کردند. در ایران نیز موسوی و همکاران (۲۰۱۴) ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را بررسی کردند و ضرایب آلفای کرونباخ ۸۷/۰ و ۵۵/۰ را به‌ترتیب برای دو خرده‌مقیاس گزارش دادند. این نتایج ضرورت گزارش جداگانه پایایی خرده‌مقیاس‌ها را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار و هر یک از خرده‌مقیاس‌ها بررسی شد که نتایج آن پس از محاسبه در نمونه پژوهش گزارش می‌شود.

مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان :این مقیاس توسط لاگرکا و لوپز (۱۹۹۸) با هدف سنجش اضطراب اجتماعی در دوره نوجوانی طراحی شده است. نسخه اصلی ابزار شامل ۲۲ گویه است که ۱۸ گویه آن اضطراب اجتماعی را ارزیابی می‌کنند و چهار گویه دیگر نقش خنثی دارند و در محاسبه نمره کل وارد نمی‌شوند. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای، از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه)، انجام می‌شود. این مقیاس سه مؤلفه ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و ناراحتی در موقعیت‌های جدید و اجتناب اجتماعی و ناراحتی عمومی را می‌سنجد. نمره کل از مجموع پاسخ‌های ۱۸ گویه اصلی به دست

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

می‌آید و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی بیشتر است.

در پژوهش لاگرکا و لوپز (۱۹۹۸)، ساختار عاملی و روابط این مقیاس با شاخص‌های مربوط به روابط همسالان، دوستی و عملکرد اجتماعی بررسی شد و شواهدی از روایی آن به دست آمد. در مطالعات خارجی بعدی نیز ساختار سه‌عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار مورد بررسی قرار گرفته است. در ایران، رضویه و استوار (۲۰۱۳) ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس را در نوجوانان بررسی کردند. نتایج تحلیل عاملی، ساختار سه‌عاملی ابزار را تأیید کرد و شواهدی از روایی همگرا و واگرا و پایایی مطلوب با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ و بازآزمایی به دست آمد. همچنین، خدایی و همکاران (۲۰۱۱) ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را در نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی بررسی کردند و نتایج حاصل از تحلیل عاملی و شاخص‌های پایایی، کاربرد آن را در جامعه نوجوانان ایرانی تأیید کرد. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌ها بررسی شد که ضرایب حاصل پس از محاسبه در نمونه پژوهش گزارش می‌شود.

یافته‌ها

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون
آزمایش	خودانتقادگری	میانگین	۱۲۳/۶۷	۹۵/۸۰
		انحراف معیار	۲/۵۸	۱/۴۷
	اضطراب اجتماعی	میانگین	۸۹/۴۶	۳۵/۴۱
		انحراف معیار	۰/۹۹	۰/۹۱
کنترل	خودانتقادگری	میانگین	۱۲۳/۸۷	۱۲۲/۴۷
		انحراف معیار	۱/۶۴	۱/۳۰
	اضطراب اجتماعی	میانگین	۸۷/۶۶	۸۸/۲۰
		انحراف معیار	۵/۳۹	۰/۸۶

یافته‌های مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی در هر دو گروه آزمایش و کنترل در سطح بالایی قرار داشته و وضعیت اولیه دو گروه مشابه بوده است. پس از اجرای مداخله درمانی، میانگین نمرات خودانتقادگری در نوجوانان گروه آزمایش افت قابل‌توجهی را نشان می‌دهد، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود. همچنین در متغیر اضطراب اجتماعی، نمرات نوجوانان دریافت‌کننده درمان متمرکز بر شفقت در مرحله پس‌آزمون کاهش چشمگیری داشته است؛ در مقابل، نمرات گروه کنترل در طول زمان با ثبات نسبی همراه بوده است. روند تغییرات حاکی از بهبود هر دو متغیر در گروه آزمایش به دنبال دریافت مداخله درمانی است.

جدول۲: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	مرحله	Zآماره آزمون	سطح معناداری
خودانتقادگری	پیش‌آزمون	۰/۸۴۴	۰/۴۷۴
	پس‌آزمون	۰/۸۴۱	۰/۴۷۹

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

اضطراب اجتماعی	**پیش‌آزمون**	**۰/۸۶۷**	**۰/۴۴۰**
	پس‌آزمون	۰/۹۶۸	۰/۳۰۵

پیش از آزمودن فرضیه‌های پژوهش، مفروضه‌های آماری مدل تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (جدول ۲)، سطح معناداری برای تمامی متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بزرگتر از ۰۵/۰ به‌دست آمد که مؤید نرمال بودن توزیع داده‌هاست. علاوه بر این، بررسی مفروضه همگنی شیب خطوط رگرسیون از طریق ارزیابی اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون نشان داد که این تعامل برای نمرات خودانتقادگری ($F(1,26)=0.12,p=0.67$) و اضطراب اجتماعی ($F(1,26)=0.39,p=.0.69$) از نظر آماری معنادار نیست؛ بنابراین مفروضه همگنی شیب خطوط رگرسیون نیز برقرار است.

جدول ۳ : نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب خطوط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

متغیر	F	سطح معناداری
خودانتقادگری	۰/۱۲۱	۰/۶۷
اضطراب اجتماعی	۰/۳۹۰	۰/۶۹

یکی از مفروضه‌های کلیدی تحلیل کوواریانس، همگنی شیب خطوط رگرسیون متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) در بین گروه‌های پژوهش است. برای آزمودن این مفروضه، اثر تعاملی بین متغیر مستقل (عضویت گروهی) و نمرات پیش‌آزمون بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون برای متغیر خودانتقادگری و برای متغیر اضطراب اجتماعی از نظر آماری معنادار نیست ($p>.05$). عدم معناداری این تعامل‌ها بیانگر آن است که شیب خطوط رگرسیون در دو گروه آزمایش و کنترل یکسان بوده و مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای هر دو متغیر احراز شده است. بنابراین، داده‌ها شرایط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیری را دارند.

جدول ۴: نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس خطای پس‌آزمون متغیرها

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	سطح معناداری
اضطراب اجتماعی	پس آزمون	۱/۲۰۰	۱	۲۸	۰/۲۸۳
خودانتقادگری	پس آزمون	۱/۶۵۵	۱	۲۸	۰/۲۰۹

یکی دیگر از مفروضه‌های بنیادین تحلیل کوواریانس، برابری واریانس خطای متغیر وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل است که از طریق آزمون لون ارزیابی شد.مطابق با نتایج مندرج در جدول ۴، آماره لون برای نمرات پس‌آزمون در هر دو متغیر اضطراب اجتماعی و خودانتقادگری از نظر آماری معنادار نیست ($p>.05$). عدم معناداری این آماره‌ها مؤید برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها در بین دو گروه است.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

با احراز تمامی مفروضه‌های اساسی (نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون و همسانی واریانس خطا)، استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA)مجاز شناخته شد. در ادامه، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی اثر مداخله درمانی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری جهت بررسی اثربخشی مداخله بر متغیرهای وابسته

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجذور اتای تفکیکی
خودانتقادگری	۱۵۹۱/۴۲۱	۱	۱۵۹۱/۴۲۱	۸۸۴/۱۴۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰
اضطراب اجتماعی	۱۸۸/۱۳۳	۱	۱۸۸/۱۳۳	۳۰۳/۹۶۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴

$p \leq$ ۰/۰۰۱

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، مداخله درمانی تأثیر معناداری بر کاهش خودانتقادگری در نوجوانان داشته است این اندازه اثر بیانگر آن است که ۰/۹۷ درصد از واریانس پس‌آزمون خودانتقادگری ناشی از مداخله درمانی (درمان متمرکز بر شفقت) بوده است. همچنین در متغیر اضطراب اجتماعی، تفاوت معناداری میان گروه‌ها مشاهده شد که حاکی از تبیین ۹۲/۴ درصد از تغییرات نمرات پس‌آزمون اضطراب اجتماعی توسط مداخله درمانی است. این یافته‌ها کارآمدی قابل‌توجه درمان متمرکز بر شفقت را در کاهش همزمان خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان دارای سابقه خشونت خانگی به اثبات می‌رساند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی در نوجوانان دارای تجربه تروما انجام شد. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت موجب کاهش معنادار خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل، شده است. همچنین، نتایج مرحله پیگیری دوماهه نشان داد که آثار مداخله در این بازه زمانی حفظ شده‌اند. این یافته‌ها با مبانی نظری درمان متمرکز بر شفقت و نتایج پژوهش‌های پیشین درباره تأثیر این رویکرد بر بهبود شاخص‌های سلامت روان، کاهش خودانتقادگری و تقویت توانایی تنظیم هیجان همسو است. در همین راستا، کارونا و همکاران (۲۰۱۷) بر قابلیت به‌کارگیری درمان متمرکز بر شفقت در کار با کودکان و نوجوانان تأکید کرده‌اند. همچنین، مرور نظام‌مند میلارد و همکاران (۲۰۲۳) و مرور روایی کوترا و همکاران (۲۰۲۴) نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر شفقت می‌توانند در بهبود برخی پیامدهای روان‌شناختی جمعیت‌های بالینی مؤثر باشند. یافته‌های براون و اشکرافت (۲۰۲۵) نیز بر ظرفیت درمان متمرکز بر شفقت برای بهبود سه جریان شفقت و کاهش خودانتقادگری و شرم تأکید دارد.

در تبیین کاهش خودانتقادگری، می‌توان به نقش تجربه‌های آسیب‌زا در شکل‌گیری و تداوم ارزیابی‌های منفی فرد از خود اشاره کرد. نوجوانانی که در معرض تجربه‌های تهدیدآمیز قرار گرفته‌اند، ممکن است در فرایند معناپردازی درباره رویدادهای آسیب‌زا، مسئولیت آنچه رخ داده است را به خود نسبت دهند و تجربه‌های ناخوشایند را نشانه‌ای از ضعف، نقص یا بی‌ارزشی شخصی تلقی کنند. چنین برداشت‌هایی می‌توانند با احساس شرم، گناه و شکل‌گیری گفت‌وگوی درونی سرزنشگرانه همراه شوند. در چارچوب درمان متمرکز بر شفقت، خودانتقادگری با فعال‌شدن نظام تهدید و دشواری در دسترسی به پاسخ‌های آرام‌ساز و

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

حمایتگرانه ارتباط دارد. بر این اساس، هدف درمان صرفاً تغییر محتوای افکار منفی نیست، بلکه تقویت توانایی فرد برای مواجهه مهربانانه و حمایتگرانه با تجربه‌های هیجانی دشوار نیز اهمیت دارد.

به نظر می‌رسد آموزش مدل سه نظام تنظیم هیجان، شامل نظام تهدید، نظام انگیزش و نظام تسکین، در جلسات مداخله به نوجوانان کمک کرده باشد تا واکنش‌های هیجانی و شناختی خود را بهتر بشناسند و آن‌ها را لزوماً نشانه‌ای از نقص یا ناکارآمدی شخصی تلقی نکنند. همچنین، تمرین‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی شفقت‌آمیز، ذهن‌آگاهی و گفت‌وگوی حمایتگرانه با خود می‌توانند زمینه جایگزینی پاسخ‌های خودسرزنشگرانه با پاسخ‌های متعادل‌تر را فراهم کنند. در این فرایند، نوجوان می‌آموزد هنگام مواجهه با ناکامی، اشتباه یا یادآوری تجربه‌های ناخوشایند، به‌جای تشدید سرزنش درونی، از راهبردهای خودحمایتگری و تنظیم هیجان استفاده کند. این تبیین با نتایج پژوهش خسروی و همکاران (۲۰۲۲) همخوانی دارد؛ آنان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را بر خودشفقت‌ورزی و خودانتقادگری نوجوانان دارای اختلال تصویر بدنی بررسی کردند و بهبود این متغیرها را گزارش دادند. همچنین، یافته‌های غفاری و همکاران (۲۰۲۵) درباره کاهش خودانتقادگری و افکار منفی در زنان دارای تجربه خیانت زناشویی، مؤید ظرفیت این رویکرد برای مداخله در الگوهای خودارزیابی منفی است. قلی‌زاده و پورمحمد (۲۰۲۶) نیز در مطالعه‌ای مقدماتی بر دختران نوجوان دارای رفتار خودآسیب‌رسان بدون قصد خودکشی، تأثیر درمان متمرکز بر شفقت را بر شرم و خودانتقادگری بررسی کردند. این پژوهش از نظر گروه سنی و برخی متغیرهای مورد مطالعه، به پژوهش حاضر نزدیک است و می‌تواند پشتوانه‌ای برای تبیین نقش مداخلات شفقت‌محور در کاهش خودانتقادگری نوجوانان باشد.

از سوی دیگر، نتایج پژوهش رشیدی و همکاران (۲۰۲۳) درباره اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر مؤلفه‌های خودتعیین‌گری و افکار خودکشی در دختران نوجوان دارای سابقه خودآسیب‌رسانی و همچنین پژوهش دماوندیان و همکاران (۲۰۲۲) درباره تأثیر این درمان بر پرخاشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان و تنظیم هیجان نوجوانان بزهکار، نشان می‌دهد که این رویکرد در گروه‌های مختلف نوجوانان دارای مشکلات هیجانی و رفتاری نیز مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین، نتایج پژوهش عبدالعلی و همکاران (۲۰۲۰) درباره تأثیر درمان متمرکز بر شفقت برای والدین بر کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب کودکان، اهمیت توجه به فرایندهای شفقت‌محور در بافت خانواده را نشان می‌دهد. مجموعه این شواهد، در کنار یافته‌های پژوهش حاضر، از ظرفیت درمان متمرکز بر شفقت برای بهبود برخی مشکلات هیجانی و شناختی در کودکان و نوجوانان حمایت می‌کند؛ هرچند تفاوت گروه‌های مورد مطالعه و متغیرهای وابسته در این پژوهش‌ها باید هنگام مقایسه نتایج در نظر گرفته شود.

در تبیین کاهش اضطراب اجتماعی نیز می‌توان به ارتباط میان خودارزیابی منفی، ترس از ارزیابی دیگران و اجتناب اجتماعی توجه کرد. نوجوانانی که تجربه‌های آسیب‌زا داشته‌اند، ممکن است در تعاملات اجتماعی نسبت به نشانه‌های احتمالی طرد، انتقاد یا تحقیر حساسیت بیشتری نشان دهند. در برخی از این نوجوانان، ارزیابی منفی از خود می‌تواند با انتظار قضاوت منفی از سوی دیگران همراه شود و در نتیجه، موقعیت‌های اجتماعی به‌صورت تهدیدآمیز ادراک شوند. این وضعیت ممکن است به افزایش نگرانی درباره عملکرد اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی و اجتناب از تعاملات بین‌فردی منجر شود. بر اساس مبانی نظری درمان متمرکز بر شفقت، تقویت توانایی فرد برای مواجهه حمایتگرانه با خود می‌تواند از شدت واکنش‌های مبتنی بر تهدید بکاهد و زمینه تجربه احساس امنیت بیشتری را در موقعیت‌های اجتماعی فراهم کند.

در جلسات درمانی، شناسایی افکار مرتبط با طرد و قضاوت دیگران، تمرین پاسخ‌های شفقت‌آمیز و مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اجتماعی می‌توانسته است به نوجوانان کمک کند تا در برابر نگرانی‌های اجتماعی واکنش‌های

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

انعطاف‌پذیرتری نشان دهند. هنگامی که فرد می‌آموزد در مواجهه با اشتباه یا احتمال ارزیابی منفی، به‌جای سرزنش خود با رویکردی حمایتگرانه برخورد کند، ممکن است نگرانی افراطی او از قضاوت دیگران کاهش یابد و تمایل بیشتری به حضور در تعاملات اجتماعی پیدا کند. در این زمینه، پژوهش ویرا فیگوئردو و همکاران (۲۰۲۱) که به بررسی مقدماتی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان پرداخته‌اند، از نظر متغیر وابسته و گروه سنی با پژوهش حاضر ارتباط مستقیم دارد. همچنین، ایزدی، جاجرمی و بخشی‌پور (۲۰۲۵) در مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر ترس از ارزیابی منفی در دختران نوجوان دارای مشکلات روان‌تنی، به یکی از مؤلفه‌های اصلی اضطراب اجتماعی توجه کرده‌اند. این مطالعات در کنار یافته حاضر نشان می‌دهند که مداخلات شفقت‌محور می‌توانند برای پرداختن به ترس از ارزیابی منفی و مشکلات مرتبط با تعاملات اجتماعی در نوجوانان مورد توجه قرار گیرند.

همچنین، لاو-ژو و ولا (۲۰۲۳) در بررسی یک گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت برای جوانان ساکن در خانواده‌های سرپرست، فرزندخوانده یا خویشاوندی، بر اهمیت انطباق مداخلات شفقت‌محور با نیازهای روان‌شناختی نوجوانان و جوانان دارای شرایط آسیب‌پذیر تأکید کرده‌اند. برت، روسنر و سوونسون (۲۰۲۰) نیز تجربه اجرای درمان گروهی متمرکز بر شفقت برای نوجوانان و والدین آنان را بررسی کردند. این مطالعات از نظر توجه به ویژگی‌های رشدی نوجوانان و اهمیت بافت روابط بین‌فردی در اجرای مداخلات شفقت‌محور قابل توجه‌اند. افزون بر این، برت، سوونسون و روسنر (۲۰۱۹) در بررسی تجربه والدین نوجوانان دارای مشکلات سلامت روان از شرکت در گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت، بر نقش این مداخله در تقویت اعتماد درونی و احساس اطمینان والدینی تأکید کرده‌اند. البته از آنجا که دو مطالعه اخیر بر تجربه والدین یا مداخله گروهی با مشارکت والدین تمرکز داشته‌اند، نتایج آن‌ها را نمی‌توان مستقیماً معادل اثربخشی CFT بر اضطراب اجتماعی نوجوانان دانست.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به‌عنوان یکی از رویکردهای مداخله‌ای برای کاهش خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی در نوجوانان دارای تجربه تروما مورد توجه قرار گیرد. اهمیت این رویکرد در آن است که علاوه بر پرداختن به محتوای افکار منفی، بر نحوه مواجهه هیجانی فرد با خود و تقویت ظرفیت‌های آرام‌ساز و حمایتگرانه نیز تمرکز دارد. این ویژگی می‌تواند در کار با نوجوانانی که با احساس شرم، خودسرزنشگری و ناامنی هیجانی مواجه‌اند، اهمیت داشته باشد. بااین‌حال، یافته‌های پژوهش حاضر به معنای ناکارآمدی سایر رویکردهای درمانی، از جمله درمان شناختی ـ رفتاری، نیست؛ بلکه می‌توان CFT را رویکردی مکمل یا جایگزین بالقوه دانست که اثربخشی نسبی آن در مقایسه با سایر درمان‌ها به بررسی‌های تجربی بیشتری نیاز دارد. همچنین، اگرچه کاهش هم‌زمان خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی در پژوهش حاضر مشاهده شد، نمی‌توان صرفاً بر اساس این یافته‌ها نتیجه گرفت که کاهش خودانتقادگری علت کاهش اضطراب اجتماعی بوده است. اثبات چنین رابطه‌ای مستلزم بررسی تجربی نقش میانجی خودانتقادگری است.

با وجود نتایج به‌دست‌آمده، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر و تعمیم یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرند. حجم نمونه نسبتاً کوچک و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعمیم نتایج به سایر نوجوانان را محدود می‌کند. همچنین، اجرای پژوهش در یک منطقه جغرافیایی مشخص، امکان بررسی تأثیر تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مناطق مختلف را فراهم نکرد. اتکا به ابزارهای خودگزارش‌دهی نیز ممکن است نتایج را تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، تمایل به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی یا محدودیت نوجوانان در شناسایی و گزارش دقیق تجربه‌های هیجانی قرار داده باشد. از سوی دیگر، در صورت ناهمگونی تجربه‌های آسیب‌زا، نبود

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

تفکیک دقیق میان انواع تروما و شدت آن‌ها می‌تواند بر تفسیر نتایج اثرگذار باشد. افزون بر این، دوره پیگیری دوماهه صرفاً امکان بررسی ماندگاری کوتاه‌مدت آثار مداخله را فراهم می‌کند و برای نتیجه‌گیری درباره پایداری بلندمدت اثرات درمان کافی نیست.

بر اساس یافته‌ها و محدودیت‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر و در مناطق جغرافیایی و بافت‌های فرهنگی متفاوت انجام شوند تا امکان بررسی تعمیم‌پذیری نتایج فراهم شود. همچنین، تفکیک نوجوانان بر اساس نوع تجربه آسیب‌زا، شدت و تکرار آن و بررسی تفاوت‌های احتمالی برحسب جنسیت می‌تواند به شناخت دقیق‌تر پاسخ‌دهندگان به درمان کمک کند. انجام مطالعات مقایسه‌ای میان درمان متمرکز بر شفقت و سایر رویکردهای درمانی، از جمله درمان شناختی ـ رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نیز می‌تواند شواهد روشن‌تری درباره اثربخشی نسبی این مداخله فراهم آورد. علاوه بر این، بررسی نقش متغیرهایی مانند شرم، ذهن‌آگاهی، تاب‌آوری و احساس امنیت روان‌شناختی به‌عنوان متغیرهای میانجی یا تعدیل‌کننده می‌تواند به تبیین دقیق‌تر سازوکارهای احتمالی اثرگذاری CFT کمک کند. اجرای پژوهش‌های طولی با دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله نیز برای ارزیابی پایداری آثار درمان ضروری به نظر می‌رسد.

از نظر کاربردی، با توجه به نتایج پژوهش، استفاده از مداخلات مبتنی بر شفقت در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی نوجوانان می‌تواند مورد توجه درمانگران قرار گیرد. همچنین، آموزش مشاوران مدارس در زمینه اصول شفقت‌ورزی، شناسایی الگوهای خودانتقادگرانه و کمک به دانش‌آموزان برای مواجهه سازگارانه با هیجان‌های دشوار می‌تواند در ارتقای سلامت روان آنان مؤثر باشد. پژوهش برت و همکاران (۲۰۲۰) درباره مداخله گروهی مبتنی بر شفقت برای نوجوانان و والدین آنان و پژوهش عبدالعلی و همکاران (۲۰۲۰) درباره آموزش شفقت‌محور به والدین، اهمیت توجه به نقش خانواده و ظرفیت مداخلات گروهی را در این زمینه برجسته می‌کنند. طراحی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر شفقت برای والدین و مراقبان نیز، در صورت برخورداری از محتوای متناسب با شرایط خانواده و اصول مراقبت آگاه از تروما، می‌تواند به تقویت تعاملات حمایتگرانه و کاهش پاسخ‌های سرزنش‌آمیز در محیط خانواده کمک کند. البته اجرای این مداخلات باید با توجه به شرایط ایمنی نوجوان و با رعایت اصول تخصصی کار با افراد دارای تجربه آسیب‌زا صورت گیرد.

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند در کاهش خودانتقادگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان دارای تجربه تروما مؤثر باشد. به نظر می‌رسد توجه هم‌زمان به الگوهای ارزیابی منفی از خود و ظرفیت فرد برای پاسخ‌دهی شفقت‌آمیز به تجربه‌های هیجانی دشوار، می‌تواند مسیر مناسبی برای مداخلات روان‌شناختی در این گروه فراهم آورد. بااین‌حال، تأیید سازوکارهای اثرگذاری این درمان و بررسی پایداری بلندمدت نتایج، به پژوهش‌های گسترده‌تر و با طراحی‌های دقیق‌تر نیاز دارد.

ملاحظات اخلاقی

کسب رضایت آگاهانه از اصول اخلاقی در این پژوهش بود.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

References

Abdolali, Z., Sepanta, M., & Afshar Zanjani, H. (2020). The effectiveness of compassion-focused therapy for parents on reducing aggression, behavioral problems and anxiety in children. International Journal of Body, Mind and Culture, 7(3), 171-179.

Atadokh, A., Salmani, A., & Sharei, A. (2024). The effectiveness of premarital attachment-differentiation training in cognitive flexibility and adjustment in couples preparing for marriage. *Iranian Journal of Family Psychology*, *11*(2), 1-16.

Bratt, A. S., Rusner, M., & Svensson, I. (2020). An exploration of group-based compassion-focused therapy for adolescents and their parents. Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, 8, 38.

Bratt, A. S., Svensson, I., & Rusner, M. (2019). Finding confidence and inner trust as a parent: experiences of group-based compassion-focused therapy for the parents of adolescents with mental health problems. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 14(1), 1684166.

Brown, N., & Ashcroft, K. (2025). The effectiveness of compassion focused therapy for the three flows of compassion, self-criticism, and shame in clinical populations: A systematic review. Behavioral Sciences, 15(8), 1031.

Carona, C., Rijo, D., Salvador, C., Castilho, P., & Gilbert, P. (2017). Compassion-focused therapy with children and adolescents. BJPsych Advances, 23(4), 240-252.

Damavandian, A., Golshani, F., Saffarinia, M., & Baghdasarians, A. (2022). Effectiveness of compassion-focused therapy on aggression, self-harm behaviors, and emotional self-regulation in delinquent adolescents. Journal of Psychological Science, 21(112), 797-818.

Ghadampour, E., & Mansouri, L. (2018). The effectiveness of compassion focused therapy on increasing optimism and self-compassion in female students with generalized anxiety disorder. Journal of Psychological Studies, 14(1), 59-74.

Ghafari, Z., Hoseinzadeh, M., & Hashemipour, M. (2025). Compassion-focused therapy effectively reduces self-criticism, negative thoughts, and enhances forgiveness in women post-marital infidelity. PCP, 13(4), 347-354.

Gholizadeh, M., & Pourmohammad, P. (2026). Compassion-focused therapy for non-suicidal self-injury, shame, and self-criticism in adolescent girls: A pilot study. Journal of Child & Adolescent Mental Health, 1-14. https://doi.org/10.2989/17280583.2026.2629368

Hajloo, N., Salmani, A., & Sharei, A. (2024). The effectiveness of cognitive emotion regulation strategies training on cognitive processing and distress tolerance of female students with generalized anxiety. *Research in Psychological Health*, *18*(1), 1-15.

Izadi, E., Jajarmi, M., & Bakhshipour, A. (2025a). Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) and emotion-focused therapy (EFT) on the fear of negative evaluation in adolescent girls with psychosomatic problems. Journal of Psychological Science.

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

Khosravi, A., Abyar, F., Merci, Y., Khodakhah Darban, S., Vandshekari, F., & Ebadi, Z. (2022). The effect of compassion-focused therapy on self-compassion and self-criticism in adolescents with body-image disorder. Journal of Research in Psychopathology, 3(9), 8-14.

Kia, M. M., & Sharei, A. Identifying the effective factors in students' pathological use of virtual space.

Kirby, J. N., Hoang, A., & Crimston, C. R. (2024). A brief compassion focused therapy intervention can increase moral expansiveness: A randomized controlled trial. *Mindfulness*, *15*(2), 282-294.

Kotera, Y., Beaumont, J., Edwards, A. M., Cotterill, M., Kirkman, A., Tofani, A. C., ... & Arimitsu, K. (2024). A narrative review of compassion focused therapy on positive mental health outcomes. *Behavioral Sciences*, *14*(8), 643.

Lau-Zhu, A., & Vella, L. (2023). A compassion-focused therapy group for young people who live in foster, adoptive or kinship care: Initial development, reflections, and ways forward. Adoption & Fostering, 47(4), 400-414.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

Lee, D., King, D., & Kirby, J. N. (2026). Compassion Focused Therapy to Address Shame and Guilt: A Case Study of a Client With Complex PTSD. *Journal of Clinical Psychology*.

Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *326*, 168-192.

Mohsenzadeh, F., Sharei, A., & Salmani, A. (2026). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation and Psychological Resilience in Suicidal Adolescents. *Journal of Psychological Studies*, *22*(1), 143-159.

Mohsenzadeh, F., Sharei, A., & Salmani, A. (2026). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation and Psychological Resilience in Suicidal Adolescents. *Journal of Psychological Studies*, *22*(1), 143-159.

Molaei, B., Nadrmohammadi, M., Molavi, P., Sharei, A. S., & Alizadehgoradel, J. (2021). The role of spiritual intelligence and life satisfaction in the mental health.

Mousavi, S., Mousavi, S., & Shahsavari, M. R. (2023). Effects of compassion-focused therapy on resilience and distress tolerance in female heads of households. *Women's Health Bulletin*, *10*(3), 200-209.

Niasti, N., Shiroudi, S. G., Khalatbari, J., & Tizdast, T. (2021). The effectiveness of an education package based on compassion-focused therapy, emotion-focused therapy, and acceptance and commitment-based therapy on the tolerance of anxiety and impulsivity of adolescents with aggressive behaviors. Journal of Islamic Life Style Centered on Health, 5(4).

Niyasti, N., Ghorban, S. S., Khalatbari, J., & Tizdast, T. (2021). Determining the effectiveness of compassion-focused treatment package, emotion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance among adolescents with aggressive behaviors: A pilot study.

Porzoor, P., Mohebipoor, N., Salmani, A., & Sharei, A. (2026). The Effectiveness of Growth Mindset Intervention on Self-Perception and Psychological Empowerment of Students with Specific Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, *15*(3), 1-14.

Rashidi, S., Choobforoushzadeh, A., & Mottaghi, S. (2023). The effectiveness of compassion-focused therapy on the components of self-determination and suicidal ideation in adolescent girls with a history of self-harm. Journal of Modern Psychological Researches, 17(68), 133-143.

Roberts, G., Parish, N., & Samuel, V. (2026). The use and outcomes of compassion-focused group interventions with children and adolescent clinical populations: A systematic review and narrative synthesis. Clinical Psychology & Psychotherapy, 33(2), e70259.

Sharei, A., Ebrahimi, M., Ahmadi Ochtapeh, P., Mahdavirad, H., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2023). The Effectiveness of Strength-Based Therapy in Improving Self-Esteem and Reducing Suicidal Thoughts of Women Affected by Domestic Violence in Ardebil. *Preventive Counseling*, *4*(1), 31-44.

Sharei, A., Kasaei, E. A., & Salmani, A. (2024). The Effect of Mindfulness Therapy on Emotion Regulation. *Cognitive Self-Awareness, and Tendency to High-Risk Behaviors in Orphaned and Poorly Monitored Adolescents: A Quasi-Experimental Study*.

Vestin, M., Wallin, L., Naesström, M., Blomqvist, I., Svedin, C. G., Beaumont, E., ... & Dennhag, I. (2025). Internet-based group compassion-focused therapy for Swedish young people with stress, anxiety and depression: a pilot waitlist randomized controlled trial. Frontiers in Psychology, 16, 1547046.

Vidal, J., & Soldevilla, J. M. (2023). Effect of compassion-focused therapy on self-criticism and self-soothing: A meta-analysis. British Journal of Clinical Psychology, 62(1), 70-81.

Vieira Figueiredo, D., Ganho-Ávila, A., Miguel, R., Paulo, M., Nobre-Lima, L., do Céu Salvador, M., ... & Vagos, P. (2021). Online compassion focused therapy for social anxiety disorder in adolescence (CFT@ TeenSAD): Preliminary data on efficacy throughout treatment. Psychologica: Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciencias da Educacao da Universidade de Coimbra, 64(2), 87.

Zahrakar, K., Sharei, A., & Salmani, A. (2024). The Effectiveness of Strengths-based Psychotherapy in Reducing Anxiety Sensitivity and Panic Attacks in Adolescents with Major Depressive Disorder. *Journal of Counseling Research*.

Zahrakar, K., Sharei, A., & Salmani, A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]

Behavioral Therapy and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on State-Trait Anxiety and Resilience in female Students with Self-Harming Behaviors. *Journal of Applied Psychological Research*.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2026-11-21]