

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی بر خودانتقادی و تنظیم هیجان در افراد دارای سابقه تروما

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۹/۲۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۲۰

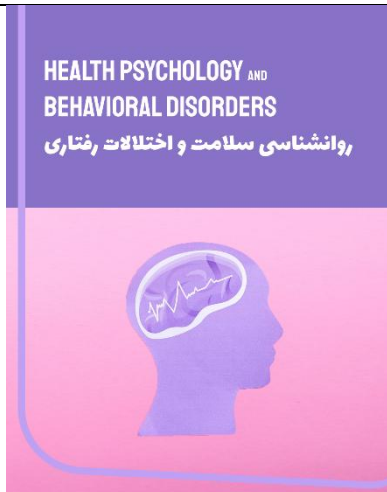
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۳

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۳/۱۲/۱۰

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی بر کاهش خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان در افراد دارای سابقه تروما بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل افراد دارای سابقه تروما مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود که ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر شفقت، طرحواره‌درمانی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس اشکال خودانتقادی و خوداطمینان‌بخشی و پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان بود. مداخلات درمانی در ۸ جلسه برای گروه‌های آزمایش اجرا شد و داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش معنادار خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان شدند ($p < 0/05$). همچنین تفاوت معناداری بین دو رویکرد مشاهده شد، به‌گونه‌ای که درمان مبتنی بر شفقت نسبت به طرحواره‌درمانی اثربخشی بیشتری در کاهش خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان نشان داد ($p < 0/05$). اندازه اثرها بیانگر سهم قابل توجه مداخلات در تغییر متغیرهای وابسته بود. هر دو رویکرد درمانی در بهبود پیامدهای روان‌شناختی مرتبط با تروما مؤثر هستند، اما درمان مبتنی بر شفقت به دلیل تمرکز مستقیم بر کاهش شرم و خودانتقادی، می‌تواند گزینه مداخله‌ای مؤثرتری برای این جمعیت باشد.

کلیدواژگان: درمان مبتنی بر شفقت، طرحواره‌درمانی، خودانتقادی، تنظیم هیجان، تروما



فاطمه اکبری^۱، عارفه بهرامی فر^{۲*}، فاطمه کمالی^۳، زهرا رستمی^۴، مهدیه سالاری^۵، عاطفه عسکری^۶

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران
۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
۵. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران
۶. کارشناسی ارشد روانشناسی صنعتی سازمانی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

kamalifatemeh45@gmail.com

شيوه استناددهی: اکبری، فاطمه، بهرامی فر، عارفه، کمالی، فاطمه، رستمی، زهرا، سالاری، مهدیه، و عسکری، عاطفه. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی بر خودانتقادی و تنظیم هیجان در افراد دارای سابقه تروما. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*, ۲(۴), ۱-۱۴.



A Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Schema Therapy on Self-Criticism and Emotion Regulation in Individuals with a History of Trauma

Submit Date: 2024-12-16

Revise Date: 2025-02-08

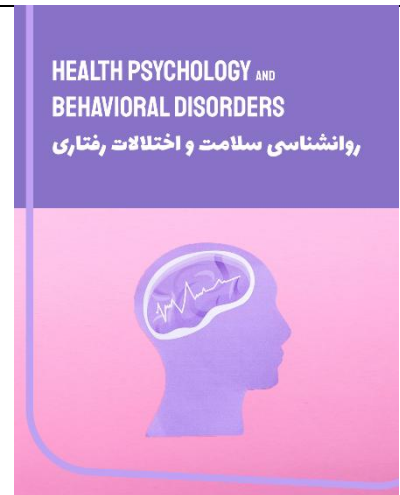
Accept Date: 2025-02-11

Final Publish Date: 2025-02-28

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and schema therapy in reducing self-criticism and improving emotion regulation among individuals with a history of trauma. This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of individuals with a history of traumatic experiences مراجعه‌کننده to counseling centers in Tehran in 2025, from whom 45 participants were selected via convenience sampling and randomly assigned to three groups: compassion-focused therapy, schema therapy, and control (15 participants each). Data were collected using the Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale and the Difficulties in Emotion Regulation Scale. The intervention groups received eight therapy sessions. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc tests. Results indicated that both interventions significantly reduced self-criticism and improved emotion regulation compared to the control group ($p < 0.05$). Furthermore, a significant difference was found between the two treatments, with compassion-focused therapy demonstrating greater effectiveness than schema therapy in both outcomes ($p < 0.05$). Effect sizes suggested substantial contributions of the interventions to changes in the dependent variables. Both therapeutic approaches are effective in improving trauma-related psychological outcomes; however, compassion-focused therapy appears to be a more effective intervention due to its direct focus on reducing shame and self-criticism.

Keywords: *Compassion-focused therapy, Schema therapy, Self-criticism, Emotion regulation, Trauma*

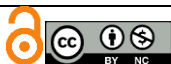


Fatemeh Akbari¹, Arefeh Bahramifar^{2*},
Fatemeh Kamali³, Zahra Rostami⁴,
Mahdieh Salari⁵, Atefeh Askari⁶

1. Master of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
2. Master of Clinical Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahroud, Iran
3. Master of Clinical Psychology, Neishabour Branch, Islamic Azad University, Neishabour, Iran
4. Master of Psychology Clinical, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran
5. Master of Clinical Psychology, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran
6. Master of Organizational Industrial Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email:
kamalifatemeh45@gmail.com

How to cite: Akbari, F., Bahramifar, A., Kamali, F., Rostami, Z., Salari, M., & Askari, A. (2024). A Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Schema Therapy on Self-Criticism and Emotion Regulation in Individuals with a History of Trauma. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 2(4), 1-14.



تروما به عنوان تجربه‌ای عمیقاً تهدیدکننده یا آسیب‌زا تعریف می‌شود که می‌تواند ظرفیت‌های سازگاری روان‌شناختی فرد را به‌طور جدی مختل کرده و پیامدهای بلندمدتی در حوزه‌های هیجانی، شناختی و بین‌فردی بر جای گذارد. در سال‌های اخیر، مفهوم اختلال استرس پس از سانحه پیچیده به‌عنوان شکلی متمایز از پیامدهای تروما مورد توجه قرار گرفته است که در نتیجه مواجهه‌های مکرر و طولانی‌مدت با تجارب آسیب‌زا، به‌ویژه در بستر روابط بین‌فردی، شکل می‌گیرد و با مشکلاتی همچون اختلال در تنظیم هیجان، خودپنداره منفی و دشواری در روابط بین‌فردی مشخص می‌شود (Maercker et al., 2022). این پیامدها نه‌تنها عملکرد روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بلکه زمینه‌ساز شکل‌گیری الگوهای ناسازگار شناختی و هیجانی مانند خودانتقادی شدید می‌شوند که به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی در تداوم آسیب‌شناسی روانی شناخته می‌شود.

خودانتقادی به‌عنوان یک سازه فراتشخیصی، نقش محوری در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی ایفا می‌کند و به‌طور خاص در افراد دارای سابقه تروما برجسته‌تر مشاهده می‌شود. این سازه به‌صورت گرایشی پایدار به ارزیابی منفی خود، سرزنش مداوم و احساس ناکافی بودن تعریف می‌شود و می‌تواند در دو بعد خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی‌شده تبیین گردد (Thompson & Zuroff, 2004). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودانتقادی با احساس شرم، بی‌ارزشی و خودپنداره منفی ارتباط نزدیکی دارد و می‌تواند چرخه‌ای معیوب از هیجان‌های منفی را تقویت کند (Gilbert et al., 2004). در زمینه تروما، این الگوهای خودانتقادی اغلب ریشه در تجارب اولیه زندگی دارند و در قالب طرحواره‌های ناسازگار اولیه تداوم می‌یابند که خود به تشدید مشکلات هیجانی و شناختی منجر می‌شود.

در کنار خودانتقادی، یکی دیگر از پیامدهای مهم تروما، دشواری در تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان به فرایندهایی اطلاق می‌شود که افراد از طریق آن‌ها هیجان‌های خود را شناسایی، ارزیابی و مدیریت می‌کنند، و نقص در این فرایند می‌تواند به بروز رفتارهای ناسازگار و اختلالات روانی منجر شود (Gratz & Roemer, 2004). افراد دارای سابقه تروما اغلب در شناسایی، پذیرش و مدیریت هیجان‌های خود با مشکل مواجه هستند و این نارسایی‌ها می‌تواند به تشدید نشانه‌های روان‌شناختی و کاهش کیفیت زندگی منجر شود. ابزارهایی مانند مقیاس دشواری در تنظیم هیجان نیز نشان داده‌اند که این سازه دارای ابعاد چندگانه‌ای است که هر یک می‌تواند به‌طور مستقل در آسیب‌شناسی روانی نقش داشته باشند (Mazaheri, 2015).

با توجه به نقش کلیدی خودانتقادی و تنظیم هیجان در تداوم مشکلات ناشی از تروما، مداخلات درمانی که بتوانند این دو حوزه را هدف قرار دهند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. در این راستا، درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان یکی از رویکردهای نوین روان‌درمانی، توجه گسترده‌ای را به خود جلب کرده است. این رویکرد که بر پایه نظریه تکاملی و علوم اعصاب عاطفی توسعه یافته است، بر پرورش شفقت به خود، کاهش شرم و تعدیل سیستم‌های هیجانی تأکید دارد (Gilbert, 2020). در این چارچوب، سه سیستم اصلی تنظیم هیجان شامل سیستم تهدید، سیستم انگیزشی و سیستم آرام‌بخش مورد توجه قرار می‌گیرند و هدف درمان ایجاد تعادل میان این سیستم‌ها است. مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌طور مؤثری خودانتقادی را کاهش داده و توانایی تنظیم هیجان را بهبود بخشد (Craig et al., 2020; Kirby et al., 2017).

شواهد تجربی نیز از اثربخشی این رویکرد در جمعیت‌های بالینی مختلف حمایت می‌کنند. به‌عنوان مثال، یک فراتحلیل نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و خودانتقادی مؤثر است و پذیرش بالایی در میان مراجعان دارد (Craig et al., 2020). همچنین، مرور نظام‌مند دیگری نشان داد که این رویکرد می‌تواند از طریق افزایش خوداطمینان بخشی و کاهش خودانتقادی، به بهبود سلامت روان کمک کند (Leaviss & Uttley, 2015). پژوهش‌های جدیدتر نیز نشان داده‌اند که برنامه‌های مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی می‌توانند نشانه‌های استرس پس از سانحه را کاهش داده و عملکرد هیجانی را بهبود بخشند (Kummar et al., 2024). علاوه بر این، درمان مبتنی بر شفقت به‌طور خاص برای اختلال استرس پس از سانحه پیچیده نیز مورد استفاده قرار گرفته و نتایج امیدوارکننده‌ای در کاهش

اختلالات خودساماندهی نشان داده است (Swee et al., 2024). مکانیسم‌های تغییر در این رویکرد نیز نشان می‌دهد که کاهش خودانتقادی و افزایش خوداطمینان بخشی از عوامل کلیدی در بهبود پیامدهای درمانی هستند (Sommers-Spijkerman et al., 2018). در کنار درمان مبتنی بر شفقت، طرحواره‌درمانی نیز به‌عنوان یکی از رویکردهای مؤثر در درمان مشکلات مزمن روان‌شناختی شناخته می‌شود. این رویکرد که توسط یانگ و همکاران توسعه یافته است، بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه تمرکز دارد که در اثر تجارب منفی دوران کودکی شکل گرفته‌اند و در طول زندگی تداوم می‌یابند (Young et al., 2003). در این چارچوب، خودانتقادی شدید اغلب به‌عنوان تجلی طرحواره‌هایی مانند نقص/شرم و معیارهای سرسختانه در نظر گرفته می‌شود که می‌توانند به احساس بی‌ارزشی و ناتوانی در تنظیم هیجان منجر شوند (Young et al., 2018). طرحواره‌درمانی از ترکیب تکنیک‌های شناختی، هیجانی و رفتاری برای اصلاح این الگوهای ناسازگار استفاده می‌کند و تلاش دارد سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد را به شیوه‌های سازگارانه‌تر تبدیل کند.

مطالعات نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی مزمن و بهبود تنظیم هیجان مؤثر باشد. این رویکرد با استفاده از تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی، تصویرسازی ذهنی و کار با حالت‌های طرحواره‌ای، به افراد کمک می‌کند تا ریشه‌های عمیق مشکلات خود را شناسایی و اصلاح کنند (Arntz & Jacob, 2013). در این فرآیند، تأکید بر ایجاد «والد سالم» به‌عنوان بخشی از خود فرد، نقش مهمی در کاهش خودانتقادی و افزایش پذیرش خود ایفا می‌کند. علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر رویکردهای هیجانی نیز می‌توانند در کاهش خودانتقادی و بهبود نشانه‌های اضطرابی مؤثر باشند (Zohrabi et al., 2023).

با وجود شواهد گسترده در مورد اثربخشی هر یک از این دو رویکرد، مقایسه مستقیم آن‌ها در زمینه تأثیر بر خودانتقادی و تنظیم هیجان در افراد دارای سابقه تروما کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این در حالی است که این دو رویکرد از نظر مبانی نظری و مکانیسم‌های تغییر تفاوت‌های قابل توجهی دارند. درمان مبتنی بر شفقت بیشتر بر تنظیم سیستم‌های هیجانی و پرورش نگرش مهربانانه نسبت به خود تأکید دارد، در حالی که طرحواره‌درمانی بر اصلاح ساختارهای شناختی عمیق و الگوهای هیجانی شکل‌گرفته در طول رشد تمرکز می‌کند. بنابراین، بررسی مقایسه‌ای این دو رویکرد می‌تواند به درک بهتر مزایا و محدودیت‌های هر یک و انتخاب مداخلات مؤثرتر در کار بالینی کمک کند. از منظر بالینی، انتخاب مداخله مناسب برای افراد دارای سابقه تروما اهمیت زیادی دارد، زیرا این افراد اغلب با مشکلات پیچیده و چندبعدی مواجه هستند که نیازمند رویکردهای جامع و هدفمند است. خودانتقادی و دشواری در تنظیم هیجان به‌عنوان دو مؤلفه کلیدی در این جمعیت، می‌توانند اهداف اصلی مداخلات درمانی قرار گیرند و بهبود آن‌ها می‌تواند به کاهش سایر نشانه‌های روان‌شناختی نیز منجر شود. در این راستا، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را برای درمانگران و پژوهشگران فراهم آورد و به توسعه مداخلات مبتنی بر شواهد کمک کند.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی بر کاهش خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان در افراد دارای سابقه تروما می‌باشد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. در این پژوهش دو گروه آزمایش شامل درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی و یک گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. متغیر مستقل در این پژوهش نوع مداخله درمانی (درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی) و متغیرهای وابسته شامل خودانتقادی و تنظیم هیجان بودند. برای کنترل اثر متغیرهای مداخله‌گر، هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند و پس از اجرای مداخله‌های درمانی برای گروه‌های آزمایش، مجدداً در مرحله پس‌آزمون ارزیابی شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد دارای سابقه تجربه رویدادهای آسیب‌زا (تروما) مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود. از میان این افراد، نمونه‌ای به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و پس از انجام

مصاحبه اولیه و بررسی معیارهای ورود به پژوهش، افراد واجد شرایط انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل داشتن سابقه تجربه رویداد آسیب‌زا، سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و نداشتن اختلالات شدید روان‌پزشکی بود. همچنین معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش بود. در نهایت تعداد ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر شفقت (۱۵ نفر)، طرحواره‌درمانی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

مقیاس اشکال خودانتقادی و خوداطمینان بخشی: برای سنجش خودانتقادی از مقیاس اشکال خودانتقادی و خوداطمینان بخشی که توسط گیلبرت، کلارک، همپل و مایلز (۲۰۰۴) طراحی شده است استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۲ گویه است که سه مؤلفه «خودانتقادی ناکافی»، «خودانتقادی تنبیهی» و «خوداطمینان بخشی» را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند. در این مقیاس، نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر خودانتقادی است. این ابزار در پژوهش‌های مختلف از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در مطالعه سازندگان ۰/۹۰ گزارش شده است (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴). نسخه فارسی این مقیاس توسط قره‌باغی و همکاران (۱۳۹۶) در ایران ترجمه و اعتباریابی شده و ضرایب پایایی مطلوبی گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۸ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان: برای اندازه‌گیری تنظیم هیجان از پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان که توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) طراحی شده است استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه است و شش مؤلفه شامل عدم پذیرش هیجان‌ها، دشواری در رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، محدودیت در راهبردهای تنظیم هیجان و عدم وضوح هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از «تقریباً هرگز» تا «تقریباً همیشه» انجام می‌شود و نمرات بالاتر بیانگر دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. گراتز و رومر (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده پایایی بالای آن است. نسخه فارسی این ابزار در ایران توسط بشارت و همکاران (۱۳۹۵) ترجمه و هنجاریابی شده و ضرایب پایایی قابل قبولی گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی مناسب آن در نمونه مورد مطالعه است.

مداخله درمان مبتنی بر شفقت در قالب هشت جلسه ساختاریافته اجرا شد به‌گونه‌ای که در جلسه نخست، اعضای گروه با یکدیگر آشنا شدند و درمانگر ضمن تبیین اهداف کلی درمان، مفهوم شفقت و نقش آن در بهبود سلامت روان را معرفی کرد و به آموزش نظام‌های تنظیم هیجان (سیستم تهدید، سیستم انگیزشی و سیستم آرام‌بخش) پرداخت؛ در جلسه دوم، مفهوم خودانتقادی، اشکال آن و نقش آن در تداوم مشکلات روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفت تا مراجعان نسبت به الگوهای انتقادگر درونی خود آگاهی یابند؛ در جلسه سوم، آموزش ذهن‌آگاهی و تمرین‌های توجه‌آگاهی به منظور افزایش آگاهی هیجانی و کاهش واکنش‌پذیری خودکار ارائه شد؛ در جلسه چهارم، تکنیک تصویرسازی شفقت‌آمیز آموزش داده شد تا نگرش مهربانانه‌تری نسبت به خود شکل گیرد؛ در جلسه پنجم، تمرکز بر شناسایی و پردازش احساس شرم و خودانتقادی بوده و تلاش شد افکار انتقادگرانه با پاسخ‌های شفقت‌آمیز جایگزین شوند؛ در جلسه ششم، تمرین نوشتن نامه شفقت‌آمیز به خود و تقویت گفت‌وگوی درونی مثبت برای کاهش خودسرزنی اجرا شد؛ در جلسه هفتم، مهارت‌های تنظیم هیجان آموزش داده شد و مراجعان نحوه مواجهه شفقت‌آمیز با هیجان‌های دشوار را تمرین کردند؛ و در نهایت در جلسه هشتم، جمع‌بندی مباحث، مرور آموخته‌ها و تدوین برنامه‌ای برای تداوم تمرین‌ها در زندگی روزمره انجام گرفت.

مداخله طرحواره‌درمانی نیز در قالب هشت جلسه منظم اجرا شد به‌طوری‌که در جلسه اول، اعضای گروه با یکدیگر آشنا شده و مفهوم طرحواره‌ها، اهداف درمان و چارچوب کلی رویکرد معرفی گردید؛ در جلسه دوم، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نحوه شکل‌گیری آن‌ها در تجارب اولیه زندگی و تأثیرشان بر رفتار و هیجان آموزش داده شد؛ در جلسه سوم، شرکت‌کنندگان به شناسایی طرحواره‌های فعال خود پرداخته و ارتباط آن‌ها با

تجارب دوران کودکی مورد بررسی قرار گرفت؛ در جلسه چهارم، تکنیک‌های شناختی به منظور به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد و اصلاح تفسیرهای تحریف‌شده آموزش داده شد؛ در جلسه پنجم، از تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی برای دسترسی به هیجان‌های زیربنایی و بازسازی تجارب استفاده شد؛ در جلسه ششم، الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد و بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار مانند اجتناب، تسلیم و جبران افراطی تأکید گردید؛ در جلسه هفتم، تقویت حالت «والد سالم» و بازسازی الگوهای هیجانی از طریق مداخلات هیجانی و رابطه درمانی انجام شد؛ و در جلسه هشتم، جمع‌بندی جلسات، مرور پیشرفت‌ها و برنامه‌ریزی برای حفظ و تعمیم تغییرات در موقعیت‌های واقعی زندگی صورت گرفت.

در پژوهش حاضر، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات برای متغیرهای پژوهش شامل خودانتقادی و تنظیم هیجان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون محاسبه شد. در بخش آمار استنباطی، با توجه به طرح پژوهش (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل)، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت میان گروه‌ها استفاده شد تا اثر پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش کنترل شود. پیش از اجرای تحلیل اصلی، پیش‌فرض‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها (آزمون شاپیرو-ویلک)، همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) و همگنی ماتریس‌های کوواریانس (آزمون باکس) بررسی شد. در صورت معنادار بودن نتایج تحلیل کوواریانس، برای تعیین محل تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی نشان می‌دهد که میانگین نمرات خودانتقادی در دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش قابل توجهی نسبت به مرحله پیش‌آزمون داشته است، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود. همچنین میانگین نمرات دشواری در تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایش پس از اجرای مداخلات درمانی کاهش یافته است که نشان‌دهنده بهبود تنظیم هیجان در این گروه‌ها است.

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه (میانگین \pm انحراف معیار)

متغیر	مرحله	درمان مبتنی بر شفقت	طرحواره‌درمانی (میانگین \pm انحراف معیار)	گروه کنترل (میانگین \pm انحراف معیار)
خودانتقادی	پیش‌آزمون	۷۲.۱۴ \pm ۸.۳۱	۷۱.۶۶ \pm ۷.۹۵	۷۰.۹۳ \pm ۸.۱۲
خودانتقادی	پس‌آزمون	۵۱.۴۰ \pm ۷.۰۲	۵۵.۲۱ \pm ۶.۸۸	۶۹.۴۷ \pm ۷.۹۰
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۹۶.۵۳ \pm ۹.۴۴	۹۷.۲۶ \pm ۸.۹۲	۹۵.۷۳ \pm ۹.۰۱
تنظیم هیجان	پس‌آزمون	۷۱.۲۶ \pm ۸.۱۱	۷۴.۳۵ \pm ۷.۶۶	۹۴.۱۲ \pm ۸.۸۵

نتایج آزمون‌های بررسی پیش‌فرض‌ها نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است ($p > ۰/۰۵$)، واریانس گروه‌ها همگن بوده و فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس نیز برقرار است. بنابراین شرایط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره فراهم بوده و می‌توان از این روش برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

جدول ۲. نتایج آزمون پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس

آزمون	متغیر	مقدار آماره	سطح معناداری
شاپیرو-ویلک	خودانتقادی	۰.۹۶	۰.۲۱
شاپیرو-ویلک	تنظیم هیجان	۰.۹۵	۰.۱۸
لوین	خودانتقادی	۱.۴۲	۰.۲۴
لوین	تنظیم هیجان	۱.۳۱	۰.۲۷
باکس	مجموع متغیرها	۵.۸۳	۰.۳۱

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین گروه‌ها در متغیرهای خودانتقادی و تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$) اندازه اثر نیز نشان می‌دهد که مداخلات درمانی سهم قابل توجهی در تغییر این متغیرها داشته‌اند.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت گروه‌ها

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
خودانتقادی	۱۲۴۵.۶۱	۲	۶۲۲.۸۰	۱۸.۳۴	۰.۰۰۱	۰.۴۷
تنظیم هیجان	۱۳۸۷.۷۴	۲	۶۹۳.۸۷	۲۱.۰۹	۰.۰۰۱	۰.۵۱

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که هر دو مداخله درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی نسبت به گروه کنترل در کاهش خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان تأثیر معناداری داشته‌اند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با طرحواره‌درمانی تأثیر بیشتری در کاهش خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان داشته است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها

مقایسه گروه‌ها	متغیر	تفاوت میانگین	سطح معناداری
شفقت‌درمانی - کنترل	خودانتقادی	-۱۸.۰۷	۰.۰۰۱
طرحواره‌درمانی - کنترل	خودانتقادی	-۱۴.۲۶	۰.۰۰۲
شفقت‌درمانی - طرحواره‌درمانی	خودانتقادی	-۳.۸۱	۰.۰۴۱
شفقت‌درمانی - کنترل	تنظیم هیجان	-۲۲.۸۶	۰.۰۰۱
طرحواره‌درمانی - کنترل	تنظیم هیجان	-۱۹.۷۷	۰.۰۰۱
شفقت‌درمانی - طرحواره‌درمانی	تنظیم هیجان	-۳.۰۹	۰.۰۴۸

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش معنادار خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان در افراد دارای سابقه تروما شدند. این یافته بیانگر آن است که مداخلات مبتنی بر رویکردهای شناختی-هیجانی می‌توانند نقش مؤثری در اصلاح پیامدهای روان‌شناختی ناشی از تجارب آسیب‌زا ایفا کنند. همچنین، نتایج مقایسه‌ای نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با طرحواره‌درمانی اثربخشی بیشتری در کاهش خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان داشته است. این الگو از نتایج نشان می‌دهد که اگرچه هر دو رویکرد توانمند هستند، اما تمرکز مستقیم‌تر درمان مبتنی بر شفقت بر سازه‌های هیجانی بنیادین مانند شرم و خودانتقادی، می‌تواند به تغییرات عمیق‌تر و سریع‌تر در این متغیرها منجر شود.

در تبیین کاهش معنادار خودانتقادی در هر دو گروه آزمایش می‌توان به نقش مرکزی این سازه در آسیب‌شناسی روانی اشاره کرد. خودانتقادی به‌عنوان یک سبک پردازش شناختی-هیجانی، با ارزیابی‌های منفی مداوم از خود و فعال‌سازی سیستم تهدید همراه است که در افراد دارای سابقه تروما به‌صورت مزمن فعال باقی می‌ماند (Gilbert et al., 2004). درمان مبتنی بر شفقت با هدف قرار دادن این سیستم تهدید و فعال‌سازی سیستم آرام‌بخش، به افراد کمک می‌کند تا رابطه خود با خود را از یک رابطه انتقادگرانه به یک رابطه حمایت‌گرانه و مهربانانه تغییر دهند (Gilbert, 2020). از سوی دیگر، طرحواره‌درمانی از طریق شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به‌ویژه طرحواره نقص/شرم و معیارهای سرسختانه، به کاهش خودانتقادی کمک می‌کند (Young et al., 2018; Young et al., 2003). بنابراین، هر دو رویکرد از مسیرهای متفاوت اما همگرا، به کاهش خودانتقادی منجر می‌شوند.

یافته‌های مربوط به بهبود تنظیم هیجان نیز نشان‌دهنده اثربخشی هر دو مداخله در اصلاح یکی از مهم‌ترین پیامدهای تروما است. تنظیم هیجان به‌عنوان یک فرایند چندبعدی شامل آگاهی، پذیرش و مدیریت هیجان‌ها تعریف می‌شود و اختلال در این حوزه می‌تواند به بروز رفتارهای ناسازگار و تشدید نشانه‌های روانی منجر شود (Gratz & Roemer, 2004). درمان مبتنی بر شفقت با آموزش ذهن‌آگاهی، پذیرش هیجان‌ها و مواجهه غیرقضاوتی با تجربه‌های درونی، به افراد کمک می‌کند تا واکنش‌پذیری هیجانی خود را کاهش دهند و راهبردهای سازگارانه‌تری برای مدیریت هیجان‌ها اتخاذ کنند (Kummar et al., 2024). در مقابل، طرحواره‌درمانی با اصلاح الگوهای شناختی و هیجانی عمیق و آموزش سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه، به بهبود تنظیم هیجان کمک می‌کند (Arntz & Jacob, 2013). این همگرایی در نتایج نشان می‌دهد که هر دو رویکرد می‌توانند از طریق مداخلات چندسطحی، به بهبود عملکرد هیجانی افراد کمک کنند.

نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات پیشین همسو است. به‌عنوان مثال، مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش خودانتقادی و بهبود سلامت روان مؤثر است و می‌تواند به افزایش خوداطمینان‌بخشی و کاهش هیجان‌های منفی منجر شود (Craig et al., 2020; Kirby et al., 2017). همچنین، پژوهش‌های اولیه نشان داده‌اند که این رویکرد از طریق کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت به خود، مسیرهای بهبود روانی را تسهیل می‌کند (Leaviss & Uttley, 2015). یافته‌های پژوهش حاضر نیز با نتایج مطالعاتی که نقش خودانتقادی و خوداطمینان‌بخشی را به‌عنوان میانجی‌های تغییر در درمان مبتنی بر شفقت مطرح کرده‌اند، همخوانی دارد (Sommers-Spijkerman et al., 2018). علاوه بر این، مطالعات جدیدتر نشان داده‌اند که برنامه‌های مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی می‌توانند نشانه‌های استرس پس از سانحه را کاهش داده و عملکرد هیجانی را بهبود بخشند (Kummar et al., 2024).

در زمینه افراد دارای تروما، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعاتی که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را در درمان اختلال استرس پس از سانحه پیچیده بررسی کرده‌اند نیز همسو است. این مطالعات نشان داده‌اند که این رویکرد به‌ویژه در بهبود اختلالات خودساماندهی، از جمله تنظیم هیجان و خودپنداره منفی، مؤثر است (Maercker et al., 2022; Swee et al., 2024). از آنجا که خودانتقادی و دشواری در تنظیم هیجان از مؤلفه‌های اصلی این اختلال محسوب می‌شوند، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت با هدف قرار دادن این مؤلفه‌ها، به‌طور مستقیم بر هسته‌های آسیب‌شناسی تروما تأثیر می‌گذارد.

در خصوص طرحواره‌درمانی نیز نتایج پژوهش حاضر با چارچوب نظری و شواهد تجربی این رویکرد همخوانی دارد. طرحواره‌درمانی بر این فرض استوار است که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ریشه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند که در دوران کودکی شکل گرفته‌اند و در طول زندگی تداوم می‌یابند (Young et al., 2003). این طرحواره‌ها می‌توانند به فعال‌سازی الگوهای هیجانی و رفتاری ناسازگار منجر شوند و در نتیجه خودانتقادی و دشواری در تنظیم هیجان را تشدید کنند. مداخلات طرحواره‌درمانی از طریق اصلاح این طرحواره‌ها و آموزش سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه، به کاهش این مشکلات کمک می‌کنند (Arntz & Jacob, 2013). همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعاتی که اثربخشی مداخلات هیجانی در کاهش خودانتقادی را نشان داده‌اند، همسو است (Zohrabi et al., 2023).

با این حال، یکی از یافته‌های مهم پژوهش حاضر، برتری نسبی درمان مبتنی بر شفقت نسبت به طرحواره‌درمانی در کاهش خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان بود. این یافته را می‌توان با توجه به تفاوت در تمرکز و مکانیسم‌های تغییر این دو رویکرد تبیین کرد. درمان مبتنی بر شفقت به‌طور مستقیم بر کاهش شرم و خودانتقادی تمرکز دارد و از طریق تمرین‌های عملی مانند تصویرسازی شفقت‌آمیز، نامه‌نویسی به خود و گفت‌وگوی درونی مهربانانه، به تغییر تجربه هیجانی فرد کمک می‌کند (Gilbert, 2020). در مقابل، طرحواره‌درمانی بیشتر بر تغییر ساختارهای شناختی و هیجانی عمیق تمرکز دارد که ممکن است نیازمند زمان بیشتری برای ایجاد تغییرات پایدار باشد. بنابراین، می‌توان استدلال کرد که درمان مبتنی بر شفقت به دلیل تمرکز مستقیم‌تر بر سازه‌های هدف و استفاده از تکنیک‌های تجربه‌محور، اثربخشی بیشتری در کوتاه‌مدت نشان می‌دهد.

از منظر نظری، نتایج پژوهش حاضر از مدل‌های تنظیم هیجان و نظریه‌های تکاملی حمایت می‌کند که بر نقش سیستم‌های هیجانی در شکل‌گیری و تداوم مشکلات روان‌شناختی تأکید دارند (Gilbert, 2020). همچنین، این نتایج نشان می‌دهد که مداخلات درمانی که بتوانند همزمان ابعاد شناختی و هیجانی را هدف قرار دهند، از اثربخشی بیشتری برخوردار هستند. در این راستا، ترکیب عناصر کلیدی این دو رویکرد می‌تواند به توسعه مداخلات جامع‌تر و مؤثرتر منجر شود.

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس است که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. همچنین، حجم نمونه نسبتاً کوچک و محدود بودن جامعه آماری به افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در یک شهر، ممکن است بر اعتبار بیرونی یافته‌ها تأثیر گذاشته باشد. علاوه بر این، استفاده از ابزارهای خودگزارشی می‌تواند با سوگیری پاسخ‌دهی همراه باشد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به عدم وجود مرحله پیگیری برای بررسی پایداری اثرات درمان اشاره کرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر استفاده شود تا امکان تعمیم نتایج به جمعیت‌های گسترده‌تر فراهم گردد. همچنین، انجام مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری می‌تواند به بررسی پایداری اثرات مداخلات کمک کند. بررسی مکانیسم‌های میانجی و تعدیل‌کننده در اثربخشی این مداخلات نیز می‌تواند به درک عمیق‌تر فرایندهای تغییر منجر شود. علاوه بر این، مقایسه این رویکردها در جمعیت‌های بالینی مختلف و با استفاده از روش‌های ترکیبی (کمی و کیفی) می‌تواند به غنای ادبیات پژوهشی در این حوزه بیفزاید. در حوزه کاربردی، نتایج این پژوهش می‌تواند برای درمانگران، مشاوران و متخصصان سلامت روان در انتخاب مداخلات مناسب برای افراد دارای سابقه تروما مفید باشد. به‌ویژه، استفاده از درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مؤثر برای کاهش خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان در این افراد مورد توجه قرار گیرد. همچنین، ادغام تکنیک‌های این رویکرد با سایر مداخلات درمانی می‌تواند به افزایش اثربخشی درمان‌ها کمک کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Trauma is widely recognized as a profound psychological experience that can overwhelm an individual's coping capacity and lead to enduring emotional, cognitive, and interpersonal difficulties. In recent years, the conceptualization of trauma-related disorders has evolved, particularly with the introduction of complex post-traumatic stress disorder (CPTSD), which emphasizes disturbances in self-organization, including affect dysregulation, negative self-concept, and relational impairments (Maercker et al., 2022). Among these, self-criticism and emotion dysregulation have emerged as two central mechanisms underlying the persistence and severity of trauma-related symptoms.

Self-criticism, defined as a persistent tendency toward harsh self-evaluation and self-blame, is considered a transdiagnostic construct implicated in various psychological disorders. It encompasses both comparative self-criticism and internalized self-criticism, each reflecting maladaptive cognitive-emotional processes rooted in early developmental experiences (Thompson & Zuroff, 2004). Empirical evidence suggests that self-criticism is closely associated with feelings of shame, inadequacy, and negative self-perception, particularly in individuals with a history of trauma (Gilbert et al., 2004). Concurrently, difficulties in emotion regulation—conceptualized as impairments in awareness, understanding, acceptance, and modulation of emotional responses—are also prevalent among trauma-exposed individuals and contribute significantly to psychological distress (Gratz & Roemer, 2004). The multidimensional nature of emotion dysregulation highlights its critical role in the maintenance of maladaptive behavioral and emotional patterns (Mazaheri, 2015).

Given the centrality of self-criticism and emotion regulation in trauma-related psychopathology, therapeutic approaches targeting these constructs have gained considerable attention. Compassion-Focused Therapy (CFT), grounded in evolutionary psychology and affective neuroscience, aims to reduce self-criticism and shame by cultivating self-compassion and balancing emotional regulation systems (Gilbert, 2020). Research has demonstrated that CFT is effective in reducing symptoms of depression, anxiety, and trauma by enhancing self-reassurance and mitigating harsh self-judgment (Craig et al., 2020; Kirby et al., 2017). Furthermore, evidence suggests that compassion-based interventions can improve emotion regulation and decrease post-traumatic stress symptoms through mindfulness and acceptance-based processes (Kummar et al., 2024). These interventions have also shown promise in addressing CPTSD by improving disturbances in self-organization (Swee et al., 2024).

Another prominent therapeutic approach is Schema Therapy (ST), which focuses on identifying and modifying early maladaptive schemas formed during childhood and adolescence (Young et al., 2003). These schemas, such as defectiveness/shame and unrelenting standards, are closely linked to self-critical thinking and emotional dysregulation (Young et al., 2018). Schema Therapy integrates cognitive, behavioral, and experiential techniques to facilitate deep emotional change and promote adaptive coping strategies (Arntz & Jacob, 2013). Empirical findings support its effectiveness in reducing chronic psychological symptoms and improving emotional functioning. Additionally, interventions targeting emotional processes have been shown to significantly reduce self-criticism and enhance psychological well-being (Zohrabi et al., 2023).

Despite substantial evidence supporting the effectiveness of both CFT and ST, comparative research examining their relative impact on self-criticism and emotion regulation in trauma-exposed populations remains limited. Given their distinct theoretical foundations and mechanisms of change, a comparative investigation can provide valuable insights into their differential effectiveness and inform evidence-based clinical decision-making. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and schema therapy on self-criticism and emotion regulation among individuals with a history of trauma.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest format and a control group. The target population consisted of individuals with a history of traumatic experiences who مراجعه‌کننده to counseling centers in Tehran in 2025. From this population, 45 participants were selected using convenience sampling and were randomly assigned to three groups: compassion-focused therapy, schema therapy, and a control group, with 15 participants in each group.

The inclusion criteria included having a documented history of trauma, being within the age range of 18 to 50 years, providing informed consent to participate, and not having severe psychiatric disorders. Exclusion criteria included absence from more than two therapy sessions and unwillingness to continue participation.

Data collection was conducted using two standardized instruments: the Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale and the Difficulties in Emotion Regulation Scale. These instruments assess various dimensions of self-criticism and emotion regulation, respectively.

Both intervention groups participated in eight structured therapy sessions, each lasting approximately 90 minutes. The compassion-focused therapy protocol included components such as psychoeducation about emotional systems, mindfulness training, compassionate imagery, and exercises aimed at reducing self-criticism and enhancing self-compassion. The schema therapy protocol involved identifying maladaptive schemas, cognitive restructuring, experiential techniques such as imagery rescripting, and the development of healthier coping strategies.

Data were analyzed using descriptive statistics and inferential methods. Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was employed to examine group differences while controlling for pretest scores. Assumptions of normality, homogeneity of variance, and equality of covariance matrices were tested prior to the main analysis. Post hoc comparisons were conducted using the Bonferroni test. Statistical analyses were performed using SPSS version 26, with a significance level set at 0.05.

Findings

Descriptive results indicated that the mean scores of self-criticism in both experimental groups decreased substantially from pretest to posttest, whereas the control group showed minimal change. Similarly, the mean scores for difficulties in emotion regulation decreased in the experimental groups following the interventions, indicating improved emotional regulation, while the control group exhibited negligible differences across measurement points.

The results of assumption testing confirmed that the data met the requirements for multivariate analysis, including normal distribution, homogeneity of variances, and equality of covariance matrices.

Multivariate analysis of covariance revealed a significant overall effect of group membership on the combined dependent variables of self-criticism and emotion regulation after controlling for pretest scores. Univariate analyses indicated that both self-criticism and emotion regulation differed significantly across groups. The effect sizes suggested that the interventions accounted for a substantial proportion of variance in both outcomes.

Post hoc Bonferroni comparisons demonstrated that both compassion-focused therapy and schema therapy were significantly more effective than the control group in reducing self-criticism and improving emotion

regulation. Furthermore, the comparison between the two experimental groups showed that compassion-focused therapy had a significantly greater effect than schema therapy on both dependent variables. These findings indicate that while both interventions are effective, compassion-focused therapy yields superior outcomes in the domains of self-criticism and emotional regulation.

Discussion and Conclusion

The findings of this study indicate that both compassion-focused therapy and schema therapy are effective interventions for reducing self-criticism and improving emotion regulation in individuals with a history of trauma. These results underscore the importance of targeting core emotional and cognitive processes that underlie trauma-related psychopathology.

The superior effectiveness of compassion-focused therapy may be attributed to its direct emphasis on reducing self-criticism and cultivating a compassionate self-relationship. By addressing shame and activating the soothing system, this approach facilitates emotional safety and promotes adaptive emotional processing. In contrast, schema therapy focuses on restructuring deeply ingrained cognitive and emotional patterns, which may require a longer duration to achieve comparable effects.

The improvement in emotion regulation observed in both intervention groups highlights the role of therapeutic techniques that enhance emotional awareness, acceptance, and adaptive coping. These changes are particularly relevant for trauma-exposed individuals, who often struggle with intense and dysregulated emotional experiences.

Overall, the results suggest that while both therapeutic approaches are beneficial, compassion-focused therapy may offer a more efficient and targeted intervention for addressing self-criticism and emotional dysregulation in trauma populations. These findings have important implications for clinical practice, emphasizing the need for tailored interventions that directly address core mechanisms of psychological distress.

فهرست منابع

References

- Arntz, A., & Jacob, G. (2013). *Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. Wiley-Blackwell. <https://www.worldcat.org/title/835318161>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion Focused Therapy: A Systematic Review of Its Effectiveness and Acceptability in Clinical Populations. *Clinical psychology review*, 81, 101895. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101895>
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From Its Evolution to a Psychotherapy. *Frontiers in psychology*, 11, 586161. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and Reassuring Oneself: An Exploration of Forms, Styles and Reasons in Female Students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Gilbert, P. (2017). The Efficacy of Compassion-Focused Therapy: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Clinical psychology review*, 58, 10-26. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.003>
- Kummar, A. S., Correia, H., Tan, J., & Fujiyama, H. (2024). An 8-Week Compassion and Mindfulness-Based Exposure Therapy Program Improves Posttraumatic Stress Symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), e2929. <https://doi.org/10.1002/cpp.2929>
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic Benefits of Compassion-Focused Therapy: An Early Systematic Review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex Post-Traumatic Stress Disorder. *The lancet*, 400(10345), 60-72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)

- Mazaheri, M. (2015). Psychometric Properties of the Persian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-6 & DERS-5-Revised) in an Iranian Clinical Sample. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(2), 115-122. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26884788/>
- Sommers-Spijkerman, M., Trompetter, H., Schreurs, K., & Bohlmeijer, E. (2018). Pathways to Improving Mental Health in Compassion-Focused Therapy: Self-Reassurance, Self-Criticism and Affect as Mediators of Change. *Frontiers in psychology*, 9, 2442. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02442>
- Swee, M. B., Corman, A. G., Margolis, J. M., & Dick, A. M. (2024). Compassion-Focused Therapy for the Treatment of ICD-11-Defined Complex Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 77(3), 135-140. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20230019>
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative Self-Criticism and Internalized Self-Criticism. *Personality and individual differences*, 36(2), 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2018). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press. <https://catdir.loc.gov/catdir/enhancements/fy0650/2002153858-s.html>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
- Zohrabi, S., Abolghasemi, A., Kafi Masoole, M., & Khosrojauid, M. (2023). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Self-Criticism/Reassurance and Symptoms of Social Anxiety Disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 25(6), 411-417. <https://ecc.isc.ac/showJournal/66/278681/3520185>