

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود و درمان فراشناختی بر علائم افسردگی

و دشواری در تنظیم هیجان در کارکنان نیروهای مسلح مبتلا به افسردگی

Comparison of the Impact of Self-Compassion-Focused Therapy and Metacognitive Therapy on Depression Symptoms and Difficulties in Emotion Regulation in Depressed Armed Forces Personnel

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۲۰

Borjali, M.[✉]; Rahmani, S.; Karimi, A.; Zeinali, M.

محمود برجعلی[✉]، سهیلا رحمانی^۱، آرزو کریمی^۲، مریم زینالی^۳

Abstract

Introduction: Depression is one of the most common types of mental disorders that makes people refer to psychiatrists, psychologists and other mental health professionals. The aim of this study was to compare the impact of self-compassion-focused therapy and metacognitive therapy on reducing depression symptoms and difficulties in regulating emotions in the armed forces personnel suffering from depression.

Method: In a quasi-experimental design with pre-test and post-test and a control group, 45 armed forces personnel referring to the psychiatric wards of Imam Hossein Hospital and Boali Hospital in Tehran were purposively selected and randomly assigned to two experimental groups and a control group. The first experimental group (n = 15) received group metacognitive therapy and the second experimental group (n = 15) received group self-compassion therapy. Participants completed a depression questionnaire and a difficulty in emotion regulation questionnaire in pre-test, post-test and one-month follow-up stages, and the data were analyzed using a multivariate repeated measures model.

Results: The results showed that there was a significant difference in the rates of depression and difficulty in emotion regulation in the three groups, and the comparison of means indicated that the self-compassion-focused therapy was more effective than the metacognitive therapy.

Conclusion: The results of this study revealed that self-compassion-focused therapy can improve emotional disorders and emotion regulation in the armed forces personnel suffering from depression, and it can be a selective method for improving depression and emotion regulation in these individuals.

Key words: depression, self-compassion-focused therapy, metacognitive therapy, difficulty in emotion regulation, armed forces personnel.

چکیده

مقدمه: افسردگی، یکی از رایج‌ترین انواع اختلالات روانی است که باعث مراجعه به روان‌پزشکان، روان‌شناسان و دیگر متخصصان بهداشت روانی می‌شود. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود و درمان فراشناختی بر کاهش علائم افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در کارکنان نیروهای مسلح مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش: در یک طرح نیمه‌آزمایشی، با پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل، تعداد ۴۵ کارکنان نیروهای مسلح از میان مراجعه‌کنندگان به بخش اعصاب و روان بیمارستان‌های (امام حسین(ع) و بیمارستان بوعلی) واقع در شهر تهران به صورت هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی، گروه آزمایش اول تحت درمان فراشناختی به صورت گروهی (n=15) و گروه آزمایش دوم تحت درمان متمرکز بر شفقت به خود به صورت گروهی (n=15) و یک گروه کنترل (n=15) گمارده شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس از آزمون و پیگیری یک‌ماهه تکمیل کردند. داده‌ها با مدل اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که در میزان افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در سه گروه تفاوت معنی‌داری به وجود آمد و مقایسه میانگین‌ها حاکی از اثربخشی بیشتر درمان متمرکز بر شفقت به خود نسبت به درمان فراشناخت بود.

بحث: نتایج این پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به خود می‌تواند در بهبود اختلالات هیجانی و تنظیم هیجان در کارکنان نیروهای مسلح مبتلا به افسردگی مؤثر باشد و یک روش انتخابی برای بهبود افسردگی و تنظیم هیجان در این افراد باشد.

کلید واژه‌ها: افسردگی؛ درمان متمرکز بر شفقت به خود؛ درمان فراشناختی؛ دشواری در تنظیم هیجان؛ کارکنان نیروهای مسلح

[✉] **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
E-mail: borjali501@yahoo.com

[✉] استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌سنجی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران
۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه، ساوه، ایران

مقدمه

(۱۳۹۶).

همه افراد در برهه‌ای از زندگی خود افسردگی را تجربه می‌کنند (رحمانی، یکانی‌نژاد، درستی مطلق، ۱۳۹۶). در این میان، کار در نیروی نظامی و همچنین در دوران سربازی به‌خاطر وجود شرایط خاص این دوره و اتفاقات این دوران از جمله ایجاد شرایط جدید، دوری از خانواده، شرایط سخت‌کاری، تغییر در شرایط زندگی روزمره افراد را تحت فشار زیادی قرار می‌دهد که نیازمند توجهی ویژه به این افراد است (روبرتس، نورکا، ولوله و وریدوتا^۷، ۲۰۱۸). آمارها نشان می‌دهد در دوران خدمت و شرایط خاص افسردگی در کارکنان کادر نظامی افزایش می‌یابد و حتی شاهد افزایش میزان خودکشی در سربازان جدیدالورود هستیم (سرتنگ، آشناگر، حبیبی و صادقی، ۲۰۱۸).

به‌نظر می‌رسد قابلیت‌هایی برای تشخیص و بیان تجارب هیجانی، جنبه‌هایی از تنظیم هیجانی هستند که با میزان شدت علائم افسردگی مرتبط هستند (پوگاچ، کمپبل و ویسکو^۸، ۲۰۲۰). نقص در این حوزه‌ها در قالب مشکلات ساختاری در تنظیم شناختی هیجان تبیین می‌شود (جوorman و ستانتون^۹، ۲۰۱۶). از تنظیم هیجان تعریف‌های متعددی شده است، ولی همه آنها تنظیم هیجان را شیوه‌ای که در آن افراد تجربه خود و بیان خود از هیجان را در شرایط پریشانی با به‌کارگرفتن راهبردهایی مانند سرپرستی، سرکوب و ارزیابی مجدد شناختی کنترل می‌کنند، تعریف کرده‌اند (لوفلر، ساترتهوایت، هابل، سچنیدر، رادکه و درنتل^{۱۰}، ۲۰۱۹). تنظیم هیجان به‌عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر هیجان و احساس درونی مرتبط با فرایندهای اجتماعی - روانی، فیزیکی در به‌انجام‌رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (الهای، تیمیمیو، ویکس، لوین و پیکارد^{۱۱}، ۲۰۱۸). در زمینه درمان افسردگی درمان‌هایی که در زمان کوتاه‌تری

افسردگی یکی از رایج‌ترین انواع اختلالات روانی است که باعث مراجعه به روان‌پزشکان، روان‌شناسان و دیگر متخصصان بهداشت روانی می‌شود. از این لحاظ، افسردگی با سرماخوردگی میان ناراحتی‌های جسمی قابل مقایسه است. در هر لحظه از زمان، ۱۵ تا ۲۰ درصد از افراد بزرگسال جامعه ممکن است عوارض و نشانه‌های مختلف افسردگی شدید را از خود نشان دهند (کندی، لو، رد^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). حداقل ۱۲ درصد از جمعیت کشورهای پیشرفته طی عمر خود برای معالجه علائم افسردگی شدید به متخصصان روانی مراجعه می‌کنند (بلاشر، جایکوکس، فرد، اوت و انگل^۲، ۲۰۱۶). به‌طور کلی، بیماری‌هایی که دچار افسردگی شده‌اند، از داشتن احساس شدید غم، یأس، ناامیدی و همچنین تجربه و مشکلات در درک، شناخت، رفتار و عمل خبر می‌دهند. فهرست‌های متعددی برای تعیین افسردگی مورد استفاده قرار گرفته‌اند (ههل - رادکه، لوتهوسر، ریمان و زیمرمن^۳، ۲۰۱۹). ظهور تغییرات در مقوله‌های شخصیتی، راه‌های دسترسی و اگر برای تعیین افسردگی (اختلال در مقابل راه‌های دسترسی به سطح علائم بیماری) و سیستم‌های چندگانه طبقه‌بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۴ هرکدام درمورد تعریف مجزای افسردگی توضیحاتی می‌دهند (الچیسونی، عفیفی، کوفی والچیسونی^۵، ۲۰۱۹). به‌جرت می‌توان گفت که افسردگی اختلال نامتجانس ترکیب‌شده چندین زیرمجموعه را با همپوشی معیار تشخیص نشان می‌دهد (بار و کاسترو^۶، ۲۰۱۹). در مجموع، می‌توان گفت افسردگی، در هر شکل آن، شیوه دید فرد نسبت به خود، دیگران و دنیا را تعریف می‌کند. تفاوت مهم بین غمگینی و افسردگی، اثری است که بر اعتماد به خود فرد وارد می‌شود (ایمانی، زمستانی، کریمی،

سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود (نیستروم^{۱۷}، ۲۰۱۸). در پژوهشی با عنوان "درمان متمرکز بر شفقت برای بهبود آسیب تروماتیک مغزی" نشان دادند که این نوع درمان در مفهوم‌سازی پاسخ‌های هیجانی این بیماران مؤثر است (کمپیل و مکلود^{۱۸}، ۲۰۱۹). همچنین درمان فراشناختی از جمله روش‌های درمانی است که مبتنی بر مدل پردازش اطلاعات است که بر تغییر و پذیرش تأکید می‌کند (هاگن، هجمدال و سلم^{۱۹}، ۲۰۱۷). این درمان درعین کوتاه‌بودن بیشتر مبتنی بر راهبردها و فرایندهای است که شناخت‌ها را ارزیابی، کنترل و نظارت می‌کنند. فراشناخت اطلاعاتی است که فرد درمورد شناخت حالات درونی خود و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر بر آن، دارد (دامن، پاپاگورگیو، ولز^{۲۰}، ۲۰۱۶). در درمان فراشناختی، به‌طور ویژه روی کاهش فراوانی نشخوار فکری و نگرانی در پاسخ تأکید می‌شود و به‌جای حضور ذهن از نوعی فن دیگر به نام ذهن‌آگاهی خودگسلیده^{۲۱} استفاده می‌شود که شامل نوعی آگاهی‌یابی خفیف و منفعلانه از افکار منفی و رهاکردن نگرانی و به‌تعمیق‌انداختن نشخوار فکری است و به‌طور ویژه به چالش با باورهای فراشناختی مثبت و منفی تأکید می‌شود (ون و کونور، کنه، راس و برن^{۲۲}، ۲۰۱۹).
باتوجه به اهمیت پژوهش‌های اثربخشی در تعمیم نتایج به جامعه و موقعیت‌های درمانی واقعی، اگرچه درمورد میزان اختلالات هیجانی در کارکنان نیروهای مسلح و مداخلات روان‌شناختی زیادی برای کاهش این اختلالات صورت گرفته است؛ اما درمورد بررسی اثربخشی این دو درمان پژوهشی یافت نشده است. هدف این مطالعه، مقایسه کارایی این دو روش درمانی بر افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در کارکنان نیروهای مسلح مبتلا به افسردگی است.

اثرات درمانی مشابهی با درمان‌های بلندمدت دارند و درمانگران‌شان نیاز به آموزش کمی داشته و یا اصلاً به درمانگر نیاز نباشد و هزینه‌های مالی کم‌تری را برای درمان‌جویان دربرداشته باشند، نسبت به درمان‌هایی که هزینه‌های زیادی را براساس موارد فوق به نظام بهداشتی و درمان‌جویان تحمیل می‌کنند، در اولویت قرار دارند (سلوان، هال، مولدینگ و بریکه^{۱۲}، ۲۰۱۷).
یکی از مداخلات درمانی جدید که می‌تواند در بهبود افسردگی مؤثر واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت^{۱۳} (CFT) است (چو، تسه، شوموای، سمته و چان^{۱۴}، ۲۰۲۰). شرم و خودانتقادی در افراد مبتلا به افسردگی زیاد دیده می‌شود. در درمان مبتنی بر شفقت به‌ویژه افرادی که هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خودحمایتگر دشواری‌هایی بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، داشتند. ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی‌نشده تمرکز می‌شود (کمپیل، مکلود و نیل و مک میلان^{۱۵}، ۲۰۱۹).
CFT بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روان‌شناختی است. براساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت ورزی با نظام‌های مغزی تکامل‌یافته‌ای مرتبط است که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع‌دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم‌کردن موقعیت‌هایی برای به‌هم‌پیوستگی، امنیت، تسکین‌بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت می‌باشد (کولس، راندله - فیلیپس و مدلی^{۱۶}، ۲۰۱۸). محور اصلی CFT، پرورش ذهن شفقت‌ورز است. درحقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به‌تدریج این کار را انجام می‌دهد. بنابراین، از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای

روش

مطالعه حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل اجرا شده است. کلیه کارکنان نیروهای مسلح مبتلا به افسردگی به منظور درمان مراجعه‌کننده به بخش روان‌پزشکی بیمارستان‌های امام حسین(ع) و بیمارستان بوعلی در شهر تهران طی تیرماه تا شهریورماه ۱۳۹۸، جامعه آماری این مطالعه را تشکیل دادند. پس از اخذ موافقت از طرف بیمارستان‌های مذکور که طرف قرارداد با بیمه نیروهای مسلح کشوری می‌باشد، از بین کارکنان نیروهای مسلح مراجعه‌کننده، نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر به طور هدفمند انتخاب و ۱۵ نفر به یکی از دو گروه آزمایش اول (درمان متمرکز بر شفقت به خود)، ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم (درمان فراشناختی)، ۱۵ نفر گروه افراد فاقد مداخله (گروه کنترل) گمارده شدند.

ملاک‌های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش توانایی شرکت در جلسات و همکاری در انجام تکالیف، داشتن تشخیص اختلال افسردگی اساسی براساس نظر روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی بیمارستان، ثبات جسمانی و روان‌شناختی (نداشتن علامت بارز جسمانی یا روان‌شناختی که حین شرکت در جلسات مداخله کند)، دامنه سنی بین ۳۰ تا ۵۵ سال و داشتن حداقل تحصیلات دیپلم بود. ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم دریافت درمان‌های هم‌زمان، عدم حضور بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه کنترل: عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله از همه بیماران برای شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی بعد از اتمام درمان، گروه کنترل توسط درمانگران تحت درمان متمرکز بر شفقت به خود قرار

فصلنامه روانشناسی نظامی دوره ۱۱، شماره ۴۴، زمستان ۱۳۹۹

گرفتند.

این مطالعه در بخش اعصاب و روان بیمارستان امام حسین(ع) شهر تهران توسط دانشجویان روان‌شناسی که آشنایی لازم از روش مداخله با توجه به معیارهای اخلاقی پژوهش نظیر رضایت آگاهانه و حفظ اسرار شرکت‌کنندگان برگزار شد. شرکت‌کنندگان در سه نوبت، یعنی در خط پایه قبل از مداخله در گروه‌های آزمایش، مرحله پس از مداخله و پیگیری ۱ ماهه مورد سنجش قرار گرفتند. درمان برای گروه آزمایشی اول به صورت گروهی طی هشت جلسه و یک‌بار در هفته به مدت دو ساعت براساس درمان متمرکز بر شفقت به خود به صورت گروهی اجرا شد (ورابل، وامپولد، قینتانو و گس^۳، ۲۰۱۹). خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان متمرکز بر شفقت به خود به شرح زیر است.

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود، توضیح درمورد بیماری افسردگی.

جلسه دوم: توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، توضیح درمورد هیجان و راهکارهای تنظیم هیجان؛

جلسه سوم: آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه، آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و

جلسه هشتم: جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، واریسی و بحث درمورد برنامه‌ها / مرور تکالیف خانگی / مرور دوره درمان.

یکی از روش‌های مداخله‌ای مورد استفاده در پژوهش حاضر درمان فراشناختی به صورت گروهی می‌باشد که شامل جلسات درمانی است که براساس راهنمای گام‌به‌گام راهنمای عملی درمان فراشناختی (ملچیور، فرانکن، دان، در هیدن، ۲۰۱۹). در قالب هشت جلسه درمانی اجرا شد که در زیر خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرای جلسات درمان فراشناختی آورده شده است:

جلسه اول: فرمول‌بندی کلی مراجع / معرفی مدل / شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی (افزایش فراشناخت) / تمرین تکنیک افزایش توجه / کامل کردن فرم ATT / تکالیف خانگی (تمرین تکنیک افزایش توجه دو بار در روز و یادداشت کردن تکلیف ATT)؛

جلسه دوم: بررسی تکالیف خانگی شناسایی زمان نشخوار ذهنی و افکار غیرقابل کنترل / معرفی و تمرین DM / نشان دادن به تعویق انداختن نشخوار ذهنی به شکلی آزمایشی برای اصلاح کردن عقاید غیرقابل تمرین ATT / تکلیف خانگی؛ تمرین ATT؛ کاربرد DM / تمرین و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی.

جلسه سوم: بررسی تکالیف خانگی / شناسایی زمان‌های نشخوار ذهنی و در زمان عقاید غیرقابل کنترل / شناسایی ماشه چکان‌های نشخوار ذهنی تمرین DM. بررسی نشخوار فعال و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه / چالش با فراشناخت‌های غیرقابل کنترل / شناسایی سطوح فعالیت و مقابله / تکالیف خانگی تمرین ATT؛ به کارگیری به تعویق انداختن نشخوار ذهنی و DM.

جلسه چهارم: بازبینی تکالیف خانگی، بررسی نشخوار

قدرت، گرمی و عدم قضاوت، تعیین تکلیف خانگی هفته آینده / توزیع جزوات جلسه سوم.

جلسه چهارم: ترتیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت‌ورز» یا «غیر شفقت‌ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران آموزش».

جلسه پنجم: سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان، تعیین تکلیف هفته آینده / توزیع جزوات شرکت‌کنندگان در جلسه پنجم.

جلسه ششم: آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خودانتقادگر، خودانتقادشونده و خودشفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صدای خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خودانتقادگر و خودشفقتگر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر / تعیین تکلیف هفته آینده / توزیع جزوات.

جلسه هفتم: پرکردن جدول هفتگی افکار افسرده‌کننده و خودانتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کار روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش فن‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش آهنگ‌دار، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز / تکرار تمرینات جلسات قبل.

برای گردآوری اطلاعات از دو پرسشنامه به شرح ذیل استفاده شد.

مقیاس افسردگی همیلتون: برای سنجش شدت افسردگی از مقیاس افسردگی همیلتون استفاده شد. این آزمون طی سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ توسط ماکس هامیلتون تدوین شده است (ویند بجرگ، مکرانسیکی، مورتنسن و کارلسون^{۲۴}، ۲۰۱۹). از این آزمون برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در کسانی که بیماری افسردگی دارند، استفاده می‌شود و دارای ۲۴ علامت افسردگی است که در یک طیف ۳ یا ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. ۸ علامت مربوط به شکایات جسمانی، ۵ علامت مربوط به مشکلات رفتاری، ۲ علامت مربوط شکایات شناختی، ۲ علامت هم مربوط به تغییرات عاطفه و همچنین، علائم هیپوکندریا، مسائل جنسی، کار، خودکشی و اختلال‌های خواب بیماران می‌باشد. این آزمون به‌گونه‌ای طراحی شده است که توسط یک نفر ارزیاب پس از انجام مشاهدات بالینی به درجه‌بندی علائم موجود در بیمار می‌پردازد (منه^{۲۵}، ۲۰۱۴). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر ۰/۸۷ گزارش شده است که همسانی درونی قابل‌قبولی می‌باشد.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی: مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۴۱ آیتمی خودگزارشی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). رمر و گراتز^{۲۶} (۲۰۰۴) بیان می‌کنند که آیتم‌های این مقیاس براساس گفتگوهای متعدد با همکاران آشنا با متون تنظیم هیجان تدوین و انتخاب شد. مقیاس انتظار تعمیم‌یافته تنظیم هیجانی منفی به‌عنوان الگویی در تدوین این مقیاس به‌کار گرفته شده است. البته پنج آیتم این مقیاس به‌دلیل

ذهنی و افکار غیرقابل‌کنترل، بررسی سطوح فعالیت و سبک‌های مقابله‌ای غیرسودمند/ بررسی اینکه آیا به‌تعویق انداختن نشخوار ذهنی در حداقل ۷۵ درصد ماشه‌چکان‌ها و دوره‌های نشخواری به‌کار می‌رود/ چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی/ تمرین ATT/ تکلیف خانگی؛ تمرین ATT استفاده وسیع از DM و به‌تعویق انداختن نشخوار فکری.

جلسه پنجم: بازبینی تکالیف خانگی بررسی نشخوار ذهنی، بررسی عقاید مثبت و سطح فعالیت / بررسی و کاربرد وسیع DM/ ادامه‌دادن به چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی/ بازبینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تأمل تا واکنش (به فکر فرورفتن) کشف و مانع‌شدن از رفتار مقابله‌ای مضر؛ برای مثال خواب یا استفاده از الکل/ تمرین ATT/ تکلیف خانگی؛ تمرین ATT به‌تعویق انداختن نشخوار ذهنی و افزایش فعالیت.

جلسه ششم: بازبینی تکالیف خانگی و بررسی نشخوارهای فکری، عقاید مثبت و سطح فعالیت/ شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی/ تکلیف خانگی، تمرین ATT/ تمرین نشخوار و حفظ فعالیت‌ها.

جلسه هفتم: بازبینی تکالیف خانگی و بررسی نشخوارهای فکری و عقاید و راهبردهای مقابله‌ای غیرسودمند/ شروع به نوشتن طرح‌های جدید کشف و اصلاح ترس‌های عودکننده/ تمرین ATT/ تکلیف خانگی تمرین ATT.

جلسه هشتم: بازبینی تکالیف خانگی و بررسی نشخوار ذهنی/ پیشگیری از عود (تکمیل طرح کلی درمان) کار روی عقاید فراشناختی باقیمانده. پیش‌بینی برانگیزاننده‌ای آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه جدید.

واریانس مکرر چندمتغیری با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۳۰ تا ۵۵ سال بود. متوسط سن شرکت‌کنندگان در سه گروه تقریباً یکسان بود و از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند (جدول ۱). شرکت‌کنندگان دارای پایگاه اجتماعی - اقتصادی متوسط بودند، در حدود ۲۰ درصد آنها دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و مابقی تحصیلات دیپلم به پایین داشتند.

همبستگی پایین و همچنین بار عاملی پایین حذف شدند. بنابراین تعداد آیتم‌های این پرسشنامه به ۳۶ آیتم کاهش یافت. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. به این نحو که ۱. تقریباً هرگز، ۲. گاهی اوقات، ۳. نیمی از مواقع، ۴. اکثر اوقات و ۵. تقریباً همیشه می‌باشد (فروستادوتتیر^{۲۷}، ۲۰۱۹). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر ۰/۷۹ گزارش شده است که همسانی درونی قابل‌قبولی می‌باشد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی و شاخص‌های آمار استنباطی مانند تحلیل

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سن و سن زمان تشخیص بر حسب گروه‌ها

مؤلفه	گروه	M	SD
	کنترل	۳۶,۰۵	۳,۲۸
سن	کاهش استرس	۳۵,۳۱	۳,۰۸
	فراشناختی	۳۵,۸۲	۱,۸۳

و کنترل در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ گزارش شده است.

میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان آزمودنی‌ها در گروه آزمایش

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های افسردگی و دشواری تنظیم هیجان

مؤلفه‌ها	گروه آزمایش درمان شفقت به خود			گروه آزمایش درمان فراشناخت			گروه کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
افسردگی	۳۲/۰۸±۰/۹	۲۰/۹۱±۱/۹	۲۴/۳۳±۲/۸	۳۵/۰۸±۱/۱	۲۵/۵۰±۱/۵	۲۷/۱۶±۱/۱	۳۵/۰۸±۱/۱	۳۱±۱/۴	±۱/۵۸ ۳۱/۱۶
دشواری در تنظیم هیجان	۲۵/۳۳±۲/۱	۱۶/۲۵±۱/۷	۱۷/۹۱±۲/۶	۲۴/۷۵±۱/۴	۱۹/۴۱±۰/۹	۱۹/۰۸±۱/۴	۲۴/۲۵±۰/۶	۲۳/۹۱±۰/۹	۲۳/۵۸±۰/۹

همچنین مقایسه دو گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری حاکی از آن است که درمان شفقت به خود نسبت به درمان فراشناخت در

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مؤلفه‌های افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تقریباً مشابه می‌باشد.

(Pillai's Trace = 0.946, F28,6 = 81.15, P < 0.0001, Partial Eta Square = 0.946

همچنین، اثر تعامل عامل زمان × گروه معنی‌دار بود

(Pillai's Trace = 1.553, F58,12 = 16.80, P < 0.0001, Partial Eta Square = 0.777

عامل گروه (کنترل، درمان شفقت به خود، درمان

فراشناختی) معنی‌دار بود (Pillai's Trace = 1.651, F6,64 = 50.41, P < 0.0001, Partial Eta

Square = 0.825).

یافته‌ها در مورد مقایسه اثر بین گروهی نشان می‌دهد

که بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در مؤلفه‌های

افسردگی، (F2,33 = 33.479, P < 0.0001, Partial Eta Square = 0.670

و دشواری در تنظیم

هیجان (F2,33 = 48.80, P < 0.0001, Partial Eta Square = 0.747

تفاوت معنی‌داری

وجود دارد. از این رو، برای بررسی اثر تعامل از

آزمون‌های پس از تجربه با تعدیل بن - فرونی استفاده

شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

مؤلفه‌های افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان کاهش بیشتری را در میزان میانگین آزمودنی‌ها نشان می‌دهد.

از این رو جهت مقایسه دو شیوه درمانی با گروه کنترل

در کاهش میزان افسردگی و دشواری در تنظیم

هیجان از مدل اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری استفاده

شد. بر این اساس ابتدا پیش‌فرض‌های استفاده از مدل

بررسی شد. نتایج آزمون کرویت موجلی نشان می‌دهد

که تنها در بعد افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان

فرض کرویت رد می‌شود. به این ترتیب، از مقادیر

تصحیح‌شده هوبین - فلت برای مقایسه‌ها استفاده شد.

همچنین مفروضه همگنی واریانس‌ها با استفاده از

آزمون لون ارزیابی شد که نتایج حاکی از برقراری این

مفروضه در متغیر افسردگی و دشواری در تنظیم

هیجان می‌باشد.

نتایج آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که اثر عامل

زمان (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) معنی‌دار بود

جدول ۳. مقایسه زوجی سه گروه در مؤلفه‌های مورد بررسی

مؤلفه‌ها	درمان (i)	درمان (j)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
افسردگی	شفقت به خود	فراشناخت	-۳/۱۳	۰/۴۵۵	۰/۰۰۰۱
	شفقت به خود	کنترل	-۳/۳۰	۰/۴۵۵	۰/۰۰۰۱
	فراشناخت	کنترل	-۰/۱۶۷	۰/۴۵۵	۱
دشواری در تنظیم هیجان	شفقت به خود	فراشناخت	-۱/۵۸	۰/۴۱۷	۰/۰۰۲
	شفقت به خود	کنترل	-۴/۰۸	۰/۴۱۷	۰/۰۰۰۱
	فراشناخت	کنترل	-۲/۵۰	۰/۴۱۷	۰/۰۰۰۱

نشان داد که در مؤلفه افسردگی بین گروه آزمایش

شفقت به خود و کنترل تفاوت معنی‌داری از لحاظ

میزان افسردگی وجود دارد، اما تفاوت‌ها بین گروه

آزمایش درمان فراشناختی با گروه کنترل معنی‌دار

نبود. در مقایسه دو گروه آزمایش در میزان دشواری

در تنظیم هیجان نیز حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار

یافته‌های مقایسه‌های زوجی در جدول ۳ نشان

می‌دهد که در مؤلفه افسردگی بین درمان شفقت به

خود و فراشناخت بین دو گروه آزمایش تفاوت

معنی‌داری وجود دارد و مقایسه میانگین‌ها نیز حاکی

از اثربخشی مناسب‌تر درمان شفقت به خود است.

همچنین مقایسه گروه‌های آزمایش با گروه کنترل

بهتری می‌تواند با مشکلات و مسائل مربوط به بیماری برخورد کند. مداخله درمان متمرکز بر شفقت به خود به شیوه گروهی باعث ایجاد شفقت به خود، از طریق تمرین‌های مراقبه و شفقت به خود به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران می‌شود. شفقت به خود یک روش یا فن نیست، بلکه به‌عنوان یک شیوه در دسترس برای کاهش رنج‌کشیدن و گسترش کیفیت‌های مثبت مانند هشیاری، بینش، خرد و همدردی توصیف می‌شود (بایر و لوماس^{۳۱}، ۲۰۱۶).

شفقت به خود در سه موقعیت مواجهه با حوادث منفی واقعی، به‌یادآوردن حوادث منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح پایین‌تر عواطف منفی در ارتباط است و منجر به تسهیل توانایی افراد در مقابله با عواطف منفی می‌شود. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت در حوادث منفی دارند و می‌توانند اتفاقات منفی را با آنچه هستند، در ارتباط ببینند؛ اما همین حوادث منفی را کم‌تر نشخوار می‌کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کم‌تر هیجانات منفی، افسردگی، اضطراب و استرس دارند (ون و همکاران، ۲۰۱۹).

اثرات درمانی درمان شفقت به خود به شیوه گروهی به‌وسیله عوامل مربوط به گروه افزایش می‌یابد. باعث بالارفتن توان مقابله‌سازگاری، ایجاد حس امیدواری، پاسخگویی بیشتر به درمان شده و لذا پیامدهای درمانی بیشتری تحت تأثیر قرار می‌گیرند (حسیه و همکاران، ۲۰۱۹). از این‌رو، در راستای نتایج پژوهش حاضر به‌نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان متمرکز بر شفقت به خود می‌تواند در جهت افزایش سلامت روان کارکنان نیروهای مسلح مبتلا به افسردگی مؤثر واقع شود.

این مطالعه دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است.

بین درمان مبتنی بر شفقت به خود و درمان فراشناخت بود و مقایسه این دو درمان در مقابل گروه کنترل نیز حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر مبنی بر مقایسه درمان متمرکز بر شفقت به خود با درمان فراشناختی به روش گروهی در بهبود افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان کارکنان نیروهای مسلح مبتلا به افسردگی بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله درمان متمرکز بر شفقت به خود به روش گروهی باعث بهبود معنی‌دار علائم افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان کارکنان نیروهای مسلح پس از مداخله و پیگیری یک‌ماهه می‌شود. این یافته‌ها همسو با مطالعات پیشین است که نشان داده‌اند این برنامه می‌تواند یک مداخله روانی - اجتماعی مؤثر در بهبود علائم افسردگی باشد (وزدمیر، سف^{۲۸}، ۲۰۱۷؛ حسیه، چن و چانگ^{۲۹}، ۲۰۱۹). در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که اعتقاد به اینکه بهره‌گیری مطلوب از راهبردهای سازگاران تنظیم‌شناختی هیجان باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگاران می‌شود و به‌این‌ترتیب فرد فرصت بیشتری برای جستجوی و پیگیری رسیدن به معنای زندگی و بازبینی و ادامه آن دارد (موریس، مستر، پیرک و ده‌کوک^{۳۰}، ۲۰۱۶).

همچنین در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که افراد برخوردار از راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان با خودگردانی هیجانی هرچه بیشتر و بهتر و همچنین استفاده کم‌تر از راهبردهای ناسازگاران تنظیم هیجان زمینه افزایش سلامت روان خود را فراهم نموده و به‌این‌ترتیب فرد با شرایط و وضعیت روان‌شناختی

بیمارستان‌های امام حسین(ع) و بیمارستان بوعلی و همچنین، تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

پی‌نوشت

1. Kennedy, J. E., Lu, L. H., Reid, M.
2. Belsher, B. E., Jaycox, L. H., Freed, M. C., Evatt, D. & Engel, C.
3. Hohl-Radke, F., Leutheusser, G., Reimann, I., & Zimmermann, P
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
5. AlHaisoni, M. S., Afifi, A., Kofi, M., & AlHaisoni, M. S.
6. Barr, N., & Castro, C.
7. Roberts, A. A., Nworka, C. M., Oluwole, E. O., & Oridota, E.
8. Pugach, C. P., Campbell, A. A., & Wisco, B. E.
9. Joormann, J., & Stanton, C.
10. Loeffler, L. A. K., Satterthwaite, T. D., Habel, U., Schneider, F., Radke, S., & Derntl, B.
11. Elhai, J. D., Tiamiyu, M. F., Weeks, J. W., Levine, J. C., Picard, K. J.
12. Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S.
13. Compassion Focused Therapy
14. Chou, C. Y., Tsoh, J. Y., Shumway, M., Smith, L. C., Chan, J.
15. Campbell, I. N., Gallagher, M., McLeod, H. J.
16. Cowles, M., Randle-Phillips, C., & Medley, A.
17. Nyström, M.
18. Campbell, I. N., McLeod, H. J.
19. Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S.
20. Dammen, T., Papageorgiou, C., & Wells, A.
21. Detached Mindfulness
22. Wenn, J. A., O'Connor, M., Kane, R. T., Rees, C.
23. Vrabel, K. R., Wampold, B. E., Quintana, D. S., Goss, K.
24. Vindbjerg, E., Makransky, G., Mortensen, E. L., & Carlsson, J.
25. Manee, F. M.
26. Roemer & Gratz
27. Frostadottir, A.
28. Ozdemir, B., & Seef, N.
29. Hsieh, C. C., Yu, C. J., Chen, H. J., Chen, Y. W., Chang, N.
30. Muris, P., Meesters, C., Pierik, A., & de Kock, B.
31. Bayir, A., & Lomas, T.

نخستین محدودیت مطالعه حاضر حجم کوچک نمونه است. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنی‌ها نشد، ولی حجم کم نمونه این مطالعه یکی از محدودیت‌هایی است که مانع از برآورد دقیق اندازه اثر برنامه شده است. محدودیت دوم مربوط به استفاده از ابزارهای خودگزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و...) است. محدودیت سوم مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی و عواملی نظیر آن اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) روی کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگ‌تر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی درمان استفاده شود. این مطالعه روی کارکنان نیروهای مسلح مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امام حسین(ع) و بیمارستان بوعلی) تهران اجرا شده است، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، درمان متمرکز بر شفقت به خود به شیوه گروهی را روی بیماران مبتلابه افسردگی در سایر بیمارستان‌ها اجرا کنند.

تعارض منافع

پژوهشگر در طول فرایند مطالعه تعارض منافی را گزارش ننموده است.

سپاس‌گزاری

بدین‌وسیله نویسندگان از مساعدت‌های مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی استان تهران و

- Intellectual Disabilities, 1744629518773843.
8. Dammen, T., Papageorgiou, C., & Wells, A. (2016). A two year follow up study of group metacognitive therapy for depression in Norway. *J. Dep. Anxiety*, 5(227), 2167-1044.
9. Elhai, J. D., Tiamiyu, M. F., Weeks, J. W., Levine, J. C., Picard, K. J., & Hall, B. J. (2018). Depression and emotion regulation predict objective smartphone use measured over one week. *Personality and Individual Differences*, 133, 21-28.
10. Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion and Rumination in Clients with Depression, Anxiety and Stress. *Frontiers in psychology*, 10, 1099.
11. 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.
12. Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L. E. O., Nordahl, H. M., Fisher, P., & Wells, A. (2017). Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Frontiers in psychology*, 8, 31.
13. Hohl-Radke, F., Leutheusser, G., Reimann, I., Koch, M., & Zimmermann, P. (2019). Personality Disorders and Value Orientation as Predictors for Male Depression in Military and Civilian Patients. *Psychiatrische Praxis*, 46(7), 394-398.
14. Hsieh, C. C., Yu, C. J., Chen, H. J., Chen, Y. W., Chang, N. T., & Hsiao, F. H. (2019). Dispositional mindfulness, self-compassion, and compassion from others as moderators between stress and depression in caregivers of patients with lung cancer. *Psychoncology*, 28(7), 1498-1505.
15. Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour research and therapy*, 86, 35-49.
16. Kennedy, J. E., Lu, L. H., Reid, M. W., Leal, F. O., & Cooper, D. B. (2019). Correlates of depression in US Military service members with a history of mild traumatic brain injury. *Military medicine*, 184(Supplement_1), 148-154.
- منابع**
۱. ایمانی، مهدی؛ زمستانی، مهدی و کریمی، جواد (۱۳۹۶)، نقش اختلالات روان‌پزشکی، کارکرد خانواده و عوامل شغلی بر رفتارهای خود آسیب‌رسان با میانجی‌گری افسردگی در بین کارکنان ارتش شهر شیراز، *مجله طب نظامی*، ۱۹ (۶): ۶۲۴ - ۶۳۳.
۲. رحمانی، جمال؛ یکانی‌نژاد، میرسعید و درستی مطلق، احمدرضا (۱۳۹۶)، نقش تنوع غذایی، چربی بدن و سبک زندگی قبلی در عزت‌نفس و وضعیت افسردگی در دوره آموزشی خدمت سربازی، *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۴ (۱۶۰): ۴۸ - ۶۱.
1. AlHaisoni, M. S., Afifi, A., Kofi, M., & AlHaisoni, M. S. (2019). Prevalence of Paternal Postpartum Depression among Fathers Visiting Well-Baby Clinic at Prince Sultan Military Medical City 2018. *International Journal*, 2(4), 486.
2. Barr, N., Keeling, M., & Castro, C. (2019). Associations between Mindfulness, PTSD, and Depression in Combat Deployed Post-9/11 Military Veterans. *Mindfulness*, 10(11), 2403-2414.
3. Bayir, A., & Lomas, T. (2016). Difficulties generating self-compassion: An interpretative phenomenological analysis. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(1), 15-33.
4. Belsher, B. E., Jaycox, L. H., Freed, M. C., Evatt, D. P., Liu, X., Novak, L. A., & Engel, C. C. (2016). Mental health utilization patterns during a stepped, collaborative care effectiveness trial for PTSD and depression in the military health system. *Medical Care*, 54(7), 706-713.
5. Campbell, I. N., Gallagher, M., McLeod, H. J., O'Neill, B., & McMillan, T. M. (2019). Brief compassion focused imagery for treatment of severe head injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 29(6), 917-927.
6. Chou, C. Y., Tsoh, J. Y., Shumway, M., Smith, L. C., Chan, J., Delucchi, K., & Mathews, C. A. (2020). Treating hoarding disorder with compassion-focused therapy: A pilot study examining treatment feasibility, acceptability, and exploring treatment effects. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 1-21.
7. Cowles, M., Randle-Phillips, C., & Medley, A. (2018). Compassion-focused therapy for trauma in people with intellectual disabilities: A conceptual review. *Journal of*

- Iranian journal of health, safety and environment, 5(3), 1077-1081.
27. Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 57, 141-163.
 28. Vindbjerg, E., Makransky, G., Mortensen, E. L., & Carlsson, J. (2019). Cross-cultural psychometric properties of the Hamilton Depression Rating Scale. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(1), 39-46.
 29. Vrabel, K. R., Wampold, B. E., Quintana, D. S., Goss, K., Waller, G., & Hoffart, A. (2019). The Modum-ED Trial Protocol: Comparing Compassion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Treatment of Eating Disorders With and Without Childhood Trauma: Protocol of a Randomized Trial. *Frontiers in psychology*, 10, 1638.
 30. Wenn, J. A., O'Connor, M., Kane, R. T., Rees, C. S., & Breen, L. J. (2019). A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief. *BMJ open*, 9(1), bmjopen-2017.
 17. Loeffler, L. A. K., Satterthwaite, T. D., Habel, U., Schneider, F., Radke, S., & Derntl, B. (2019). Attention control and its emotion-specific association with cognitive emotion regulation in depression. *Brain imaging and behavior*, 13(6), 1766-1779.
 18. Manee, F. M. (2014). Emotion dysregulation in individuals with risky sexual behaviors and normal people. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS)*, 23(109), 212-221.
 19. Melchior, K., Franken, I., Deen, M., & van der Heiden, C. (2019). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 277.
 20. Muris, P., Meesters, C., Pierik, A., & de Kock, B. (2016). Good for the self: Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths. *Journal of child and family studies*, 25(2), 607-617.
 21. Nyström, M. (2018). Affect school, Virya yoga, and compassion-focused therapy: A pilot study of an integrative group treatment, depression and anxiety. *Journal of Sport & Exercise Psychology (JSEP)*, 40, S110-S111.
 22. Ozdemir, B., & Seef, N. (2017). Examining the Factors of Self-Compassion Scale with Canonical Commonality Analysis: Syrian Sample. *Eurasian Journal of Educational Research*, 70, 19-36.
 23. Pugach, C. P., Campbell, A. A., & Wisco, B. E. (2020). Emotion regulation in posttraumatic stress disorder (PTSD): Rumination accounts for the association between emotion regulation difficulties and PTSD severity. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 508-525.
 24. Rahmani, J., Yekaninejad, M., & Dorosty Motlagh, A. (2017). The relationship between dietary diversity, body fat and previous lifestyle with depression and self-esteem in training military service. *Razi Journal of Medical Sciences*, 24(160), 48-61.
 25. Roberts, A. A., Nworka, C. M., Oluwole, E. O., & Oridota, E. S. (2018). Post-partum Depression in Mothers of Children under 2 years in Military Barracks in Lagos, Nigeria.
 26. Sartang, A. G., Ashnagar, M., Habibi, E., & Sadeghi, S. (2018). Investigation effect of shift work on job burnout and depression, anxiety, stress scale in military personnel.